POLÍTICAS E
SERVIÇOS DE
SAÚDE 2
LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)
Atena
Editora
Ano 2021

POLÍTICAS E
SERVIÇOS DE
SAÚDE 2
LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)
Atena
Editora
Ano 2021

Editora Chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Assistentes Editoriais
Natalia Oliveira
Bruno Oliveira
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto Gráfico e Diagramação
Natália Sandrini de Azevedo
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro
Imagens da Capa
Shutterstock
Edição de Arte
Luiza Alves Batista
Revisão
Os Autores

Atena
Editora
Ano 2021

Atena
Editora

Atena
Editora

Políticas e serviços de saúde
2

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas e serviços de saúde 2 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-818-2
DOI 10.22533/at.ed.182210401

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

Ano 2021

APRESENTAÇÃO

A obra “Políticas e Serviços de Saúde” compila 85 trabalhos técnicos e científicos originais produzidos por acadêmicos, docentes e pesquisadores de diversas Instituições de Ensino no Brasil; os textos – que abrangem diversas metodologias de pesquisa – refletem o caráter plural e multidisciplinar desta temática trazendo ao leitor não só o panorama atual das políticas públicas de saúde, mas também como os aspectos biopsicossociais e ambientais característicos de nosso país permeiam este cenário.

Este E-Book foi dividido em quatro volumes que abordam, cada qual, fatores os intrínsecos ligados à política e serviços no âmbito da saúde no Brasil, respectivamente: “Clínica em Saúde”, que traz majoritariamente revisões e estudos de caso no intuito de fornecer novas possibilidades terapêuticas; “Diversidade Social” que tem como foco as ações práticas da comunidade científica no contexto da atuação profissional em coletividades; “Educação em Saúde”, volume que apresenta, discute e/ou propõe opções inclusivas para o ensino de saúde em ambiente comunitário, hospitalar e escolar; e, por fim, “Epidemiologia & Saúde” que compila estudos, em sua maioria observacionais, com foco na análise da transmissão de doenças comuns no cenário nacional ou ainda investigam novas abordagens para o estudo do tema.

Agradecendo o empenho dos autores na construção dessa obra, explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico das políticas públicas nacionais em saúde e também que possa contribuir para novos estudos.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

"ASSIM PELO JEITO, PELA APARÊNCIA...": REPERTÓRIOS SOBRE MASCULINIDADES POR PESSOAS COM IDENTIDADE DE GÊNERO MASCULINA E POR PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/02/2021

Celestino José Mendes Galvão Neto
Faculdade de Macapá
Macapá – Amapá
http://lattes.cnpq.br/1234343736614038

Ana Maria de Brito
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Recife – Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/0105337613337822

Benedito Medrado
Universidade Federal de Pernambuco
Recife- Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/3188365001747186

Amanda Trajano Batista
Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa - Paraíba
http://lattes.cnpq.br/1885541052847446

Isabelle Tavares Amorim
Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba
http://lattes.cnpq.br/6712433902405817

Juliana Leite Silva Ramos
Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba
http://lattes.cnpq.br/2265356475480618

RESUMO: O estudo objetivou apreender os repertórios sobre masculinidades produzidos por pessoas com identidade de gênero masculina e profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde da Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, por meio de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os dados foram coletados via de entrevistas semiestruturadas realizadas com os/as profissionais de saúde da Unidades de Saúde da Família (N= 60) e oficinas com usuários dos serviços de saúde (N= 40), por meio de um roteiro de atividades, que incluíam perguntas problematizadoras articuladas. As falas geradas nesta pesquisa são aqui consideradas produções dialógicas, cuja análise foi realizada a partir de técnicas empregadas na análise de práticas discursivas, em abordagem construcionista social. Os resultados sinalizam que as construções de masculinidade (re) produzidas pelos/as profissionais/as muitas vezes se articulam com estigmas que são verbalizados pelos usuários, que consideram tais valores, crenças e desconhecimentos como interferências diretas nas práticas de cuidado de homens gays, bissexuais e transexuais, bem como dificultar a busca destes pelos serviços de saúde. Ao desconsiderar práticas e experiências de si para além da cis-heteronormartividade, produz-se uma visão limitada das masculinidades.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, gênero, sexualidade, masculinidades, identidade de gênero.

"JUST LIKE THIS WAY, BY APPEARANCE…": REPERTORY ABOUT MASCULINITIES OF PEOPLE WITH MALE GENDER IDENTITY AND HEALTHCARE PROFESSIONALS WHICH WORK AT BASIC HEALTHCARE ATTENTION

ABSTRACT: The study has objectived the learning the repertory about masculinity produced

by people with male gender identity and professionals who work at Basic Healthcare Attention in Recife, State of Pernambuco, Brazil, through a qualitative research, in descriptive and exploratory disposition. The data was collected through semi structured interviews which were answered by health professionals of the USF - Family Health Unity (N=60) and workshops with the users of health services (N=40), through an activity script, with includes articulated problematizing questions. The lines answered in this research are considered dialogic productions, which the analysis was done in the analyzation of discursive practices, in a social constructionism approach. The results signal that the construction of masculinity (re)produced by professionals often are articulated with stigmas which are verbalized by the users, who considers these values, beliefs and unfamiliarity as a direct interference in the practice of care of gay man, bisexuals and transsexuals, and also make it harder the search for this healthcare services. Disregarding experiences and practices of yourself beyond the cis-heteronormativity produce a limited vision of masculinities.
KEYWORDS: Health, gender, sexuality, masculinity, gender identity

INTRODUÇÃO

As questões relacionadas ao masculino, sejam elas de ordem científica ou político-cultural, estão atreladas aos modos de produção de homens, ou seja, aos modos como foram construídas as relações de gênero e consequentemente os lugares ocupados/designados por homens e mulheres nas teias sociais (JOAN SCOTT, 1994).

Houve uma demora em considerar os homens em estudos científicos por seu caráter universal. Como afirma Benedito Medrado, em sua dissertação de mestrado (1997),

> Por muito tempo, temas como heterossexualidade, branquidade e 'fase adulta', por exemplo, foram considerados padrões de normatividade, gerando um conjunto de argumentos que fundamentavam, e que ainda fundamentam, uma variedade de estudos com foco sobre as, assim denominadas, minorias sociais: homossexuais [LGBT], negros, mulheres, crianças, jovens e idosos.
>
> [...]
>
> Embora percebamos uma tendência nos estudos científicos a relacionar o conceito de "homem" ao genérico "ser humano", um conjunto de pesquisadores(as) têm-se dedicado a refletir sobre as especificidades do conceito de "masculinidade", como uma questão pertinente aos estudos das Ciências Humanas e Sociais, tendo em vista que [...], estudar os homens como atores sociais pertencentes a um dado gênero é algo (p. 21-22)

Contudo, esses estudos, em sua maioria, tendem a focalizar três focos temáticos: a vida reprodutiva (considerando que muitas práticas consideradas culturalmente masculinas criam obstáculos ao desenvolvimento das mulheres), a sexualidade (a partir da ênfase, sobretudo, na homossexualidade como prática muitas vezes considerada o antagônica da masculinidade) e a paternidade (pela via da ausência). Dessa forma, os estudos sobre

masculinidade focaram-se centralmente na vilania dos homens, tratando-os como algozes. Tal crítica é desenvolvida em diversos estudos (entre eles, OLIVEIRA, 2003; CÁCERES, 2003; MEDRADO, LYRA, 2008).

A preocupação em estudar masculinidades a partir de uma perspectiva de gênero se desenvolve e se amplia a partir do reconhecimento de um jogo entre uma masculinidade hegemônica e as diversas formas de subalternização de outras experiências masculinas, silenciadas por (e subjugadas a) esta.

A partir da inserção do debate feminista, neste campo, a forma de considerar a masculinidade e seus temas foi reorganizada, passando-se a compreender que a mesma se constrói histórica e socialmente, afinal as masculinidades são “produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com mulheres, ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero” (MEDRADO, LYRA, 2008, p. 810).

A discussão sobre masculinidade, no campo dos direitos sexuais, é também objeto de reflexões importantes, dado que muitas das leituras críticas sobre a condição de ser homem em nossa sociedade provêm de largo debate no campo dos estudos sobre sexualidade (CÁCERES, 2003).

Ao mesmo tempo, no campo dos estudos sobre gênero e saúde têm enfatizado a necessidade de entender especificidades da saúde, adoecimento e morte de homens, visibilizando-se idiossincrasias que diferenciam homens e mulheres, por exemplo, quanto ao risco de adoecimento e morte por causas externas.

Nessas leituras, enfatiza-se também a dimensão relacional de gênero, que considera uma perspectiva histórica, e aborda, dentre outros aspectos, duas contribuições caras às ciências sociais: (1) o caráter social do adoecimento em geral; e (2) a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade (SCHRAIBER, GOMES E COUTO, 2005).

Na esfera da saúde pública, a “masculinidade hegemônica” como modelo ideal produz danos e riscos à saúde, o que colabora para a consideração do gênero como categoria importante na caracterização dos padrões de morbi-mortalidade masculina.

Para Daniel Korin (2001) e Will Courtenay (2000), a construção de gênero interfere não apenas nos comportamentos assumidos pelos homens em relação à sua saúde, mas também na construção da percepção desses homens em relação aos seus corpos, especialmente entre os mais negros e pobres e/ou com performances consideradas “mais femininas”.

Pensar a baixa procura pelos serviços de saúde (notadamente os serviços de atenção básica) como sendo uma característica da identidade masculina ou mesmo uma desvalorização do autocuidado seria limitar o fenômeno em questão, principalmente quando se considera os processos de socialização dessa categoria social. Como bem destaca Wagner Figueiredo (2005), os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas

demandas, uma vez que nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Ao considerar a influência das construções de gênero e da sexualidade na tríade saúde-adoecimento-cuidado, que produz diferenças nas formas de cuidado de homens e mulheres, ficou visível a influência destas nos cuidados da população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT) configurando-se como desafio para a saúde pública e para as políticas de saúde (LIONÇO, 2008). Todavia, vale ressaltar que não é este o primeiro momento em que a saúde da população LGBT entra na pauta das políticas de saúde.

A pauta da saúde LGBT emerge a partir do enfrentamento, no Brasil, da epidemia de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aids, nos anos 1980. Naquele momento (e, em certa medida, ainda hoje), os homens gays e bissexuais juntamente com as travestis assumiam um lugar de abjeção, configurando entre os grupos que, considerados, de risco. E estavam no cerne do problema, dessa forma o movimento, até então nomeado homossexual, se junta a outros grupos organizados na luta contra a aids e concomitantemente à onda de preconceito e discriminação decorrente da associação homossexualidade-aids (TREVISAN, 2000; GREEN, 2000; PARKER, 2000; FACCHINI, 2005).

A construção da resposta brasileira à epidemia de aids esteve centrada nas práticas sexuais e culminou num grande número de propostas que nortearam ações em saúde, que em seu início foram direcionadas para homens gays, bissexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH). Todavia, mesmo diante do sucesso das ações de promoção e prevenção, esses homens continuam sendo vistos como vilões, convivendo ainda com os estigmas e estereótipos oriundos dos primeiros anos da epidemia. Mesmo com a gama de estudos que apontam esta população como a que mais praticam o sexo seguro e possuem maior informação sobre IST/aids. (TERTO JR., 2002; BRINGNOL, 2013; GALVÃO NETO, 2016; SEFFNER; PARKER, 2016).

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis em consonância com o Programa Brasil sem Homofobia. Tais políticas públicas deram visibilidade a sujeitos, antes excluídos, colocando homens gays em destaque, entretanto engessando e/ou focalizando todas as ações para essa população relacionadas ao enfrentamento da aids, desconsiderando outros aspectos da saúde destes, tanto por parte de quem formula a política como de quem aplica, o caso dos profissionais de saúde (FÉBOLE, 2017; PAULINO, 2016; FERREIRA, 2016; PEREIRA, 2015).

Entendendo que a saúde da população, e neste artigo nos detendo ao caso das pessoas que se identificam como pessoas com identidade de gênero masculina, não se resume apenas as questões relacionadas ao HIV/aids, e que a LGBTfobia inserida no contexto das relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, contribui para

condições de abjeção que produz sofrimento, adoecimento e morte desta população.

Essa literatura sobre gênero na interface com o feminismo, sobre saúde coletiva em seu diálogo com o conceito de gênero e sobre IST/HIV/Aids nos fornece um parâmetro amplo e complexo que, certamente, nos permite pensar experiências que não foram diretamente exploradas por esses estudos, especialmente quando exploramos a dimensão das identidades de gênero e das transmasculinidades. Entendendo que homens trans são sujeitos que almejam modificações corporais, e que na produção dos seus corpos está o cerne de algumas das suas problemáticas em saúde, na medida em que não há ainda conhecimento, tecnologia, ou serviço público adequado a algumas demandas. É na busca pelo acesso as modificações corporais que identificamos as deficiências das políticas públicas para homens trans, que associadas a invisibilidade, negligenciam o processo de terapia hormonal, que culminam tanto em práticas não institucionalizadas (automedicação) como em dificuldades na busca por atendimento e acolhimento médico especializado, relacionando essa procura por ajuda médica apenas em condições agravadas de saúde (BRAZ, SOUZA, 2016). Padrão semelhante se encontra na literatura sobre homens e saúde em geral, mas que parecem agravadas em função da não-resposta adequada a demandas particulares (QUIRINO; MEDRADO; LYRA, 2016).

Diante disso, objetivamos neste estudo apreender repertórios sobre masculinidades produzidos por pessoas com identidade de gênero masculina e profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde da Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório que integrou a pesquisa nacional “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS” Tratou-se de uma pesquisa avaliativa com triangulação de métodos e três eixos de investigação envolvendo gestores municipais de saúde, profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica de Saúde e usuários/as LGBT. A pesquisa teve abrangência nacional, com a participação das cinco macrorregiões, incluindo o Distrito Federal e 16 estados totalizando 28 sítios. Por se tratar de um estudo unicêntrico, nacional, coordenado pelo Núcleo de Saúde Pública da UnB, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UNB), aprovado sob parecer 652.643 em 07/05/2014.

O artigo aqui apresentado refere-se a um recorte da pesquisa realizada em Pernambuco e foca-se nos discursos dos profissionais da Atenção Básica de Saúde e dos usuários (que se definem a partir a identidade de gênero masculina) sobre suas experiências nos serviços de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os/as profissionais, e por meio de oficinas com usuários, a partir de roteiro de atividades que incluíam perguntas disparadoras/problematizadoras articuladas

através em técnicas utilizadas em grupos focais, dinâmicas de grupo e rodas de conversas (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014). O roteiro completo da Oficina e da entrevista semiestruturada pode ser acessado no site da pesquisa (http://www.nesp.unb.br/saudelgbt).

A amostra foi intencional e contribuíram para a pesquisa profissionais de saúde lotados nas Unidades Básicas de Saúde sorteadas, dentro das Regiões Sanitárias da cidade de Recife, Pernambuco, Brasil e homens que se reconheciam como gays, bissexuais e homens trans. Outros critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos e ter frequentando (ou frequentar) alguma unidade do SUS.

O recrutamento se deu por meio de articulação com representantes da militância LGBT, organizações não-governamentais que trabalham com essa população. As Oficinas foram separadas por grupos que, em princípio, responderia aos marcadores gênero e sexualidade. Embora fosse possível que um homem transexual também se identificasse como gay ou bissexual.

Participaram da pesquisa 60 profissionais de saúde (10 médicos, 10 dentistas, 10 enfermeiros e 30 agentes comunitários de saúde), com média de idade de 47 anos, com idades variando de 25 a 67 anos. O tempo médio de exercício na função na unidade de saúde foi de 12 anos. 30 deles afirmaram já ter exercido atividade em outra unidade. A respeito dos profissionais que possuem uma formação superior (Graduação) estão formados em média há 20 anos, 31 deles possuem especialização, dentre as áreas de especialização estão a Saúde Coletiva (9) e Saúde da Família (16).

No que se refere aos usuários, participaram 40 homens, com média de idade de 24 anos, variando de 18 a 37 anos. Quanto a cor/raça, 28 deles se disseram pretos ou pardos, 9 como brancos, 1 amarelo e dois se identificaram como outra cor/raça. No que diz respeito ao estado civil, 26 está solteiros, 7 vivendo em união estável, 5 casados e 2 afirmaram morar junto do parceiro. A maioria deles não possui nenhuma religião (17). Os homens se auto referiram como gays (19), bissexuais (8) e transexuais (13), quanto a orientação sexual, 20 deles se disseram homossexuais, 8 bissexuais e 12 heterossexuais. 25 deles disseram não participar de movimentos sociais, bem como não usar serviço de saúde suplementar e 23 deles afirmaram não possuir vínculo com nenhuma UBS.

As entrevistas semiestruturadas forma realizadas de forma individual e duraram em média 60 minutos. As cinco Oficinas tiveram duração de 60 a 90 minutos e uma média de 8 integrantes e seguiram um roteiro de atividades definido e que contemplava: apresentação da pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido; aquecimento; desenvolvimento; problematização e encerramento.

As falas geradas nesta pesquisa são aqui consideradas produções dialógicas, cuja análise foi realizada a partir de técnicas empregadas na análise de práticas discursivas, em abordagem construcionista social. Essa abordagem concebe a linguagem como prática social, que incita a circulação de conteúdos, constrói sentidos e produz efeitos. A produção de sentidos é defendida, portanto, prática social, dialógica, que implica a linguagem em

uso. Atenta-se, assim, para a compreensão das práticas discursivas presentes no cotidiano - narrativas, argumentações e conversas – e os repertórios discursivos que lhes dão sustentação são utilizados nelas (SPINK, M.; MEDRADO, 1999).

A fim de garantir o sigilo e a não identificação dos profissionais de saúde e dos usuários, optamos por codificar os enunciados. Utilizamos para os profissionais de saúde as iniciais de acordo com a função/profissão exercida na Unidade Básica de Saúde - MED (médicos), DEN (dentistas), ENF (enfermeiros) e ACS (agentes comunitários de saúde) – seguido da numeração referente a sua entrevista. Para os enunciados dos usuários dos serviços de saúde, participantes das oficinas de trabalho, criou-se um código de identificação referente a qual oficina e segmento da população de homens o sujeito participou – OFHG (oficina homens gays), OFHB (oficina homens bissexuais) e OFHT (oficina homens trans) – seguida da numeração referente a qual oficina participou, em caso de realização de mais de uma.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

"Então a gente conhece pelo modo, gestos ...": a visão dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família

Podemos identificar nos repertórios dos profissionais da Unidade de Saúde da Família enunciados que nos remeteram a como estes produzem sentidos sobre essas pessoas com identidade de gênero masculina, homens GBT. Para dar início apresentamos dois trechos, que apresentam uma forma mais global de significar esses homens.

> "De igual para igual. E, como eu disse, eles estão preparados pra tratar de igual. Agora, assim... Por exemplo, chega um gay ele vai tratar ele [como] homem. Não vão tratar ele, sexualmente, na posição dele. Tá entendendo?" (ACS30)

> "A gente tem o grupo de idosos, de hipertensos, de alimentação saudável, grupo de gestantes, um grupo de homens. Veja como mudou, GRUPO DE HOMEM [enfatizando]; só o nome do grupo, afasta eles" (ACS1)

Parece que os entrevistados, agenciam possibilidades distintas de referir os homens, mas não entendem a condição masculina como específica. Suas especificidades estão marcadas por recortes de orientação sexual, condição de vida reprodutiva, idade etc.

Além disso, nas entrevistas, há uma nítida distinção entre ser homens e ser gay, bissexual ou transsexual (GBT). Pensando na questão relacional de gênero, vemos a influência da matriz hetero-cis-patriarcal na conformação das masculinidades em nossa sociedade a partir do momento em que os homens GBT não são reconhecidos como homens (de verdade) no que diz respeito aos grupos.

Subjaz nesse sistema de sexo-gênero, a construção dos lugares sexuais e de

gênero, em que se espera dos homens que sejam fortes, provedores, não sensíveis e terem relações sexuais apenas com mulheres, seja pelo seu prazer (quase sempre referido como insaciável) seja para fins de procriação, enquanto se vincula as mulheres à maternidade, sensibilidade e a passividade (FRY e MACRAE, 1991; PARKER, 1998)

É neste contexto que surgem as categorias sexuais, dentro da sociedade patriarcal, pois o entendimento do ser homem, não está apenas em opor-se a mulher, mas no contraste entre o machão (aquele que supostamente reproduz as espectativas culturais), o "corno" (aquele que, do ponto de vista das práticas heterossexuais, não satisfaz sua parceira) e o "viado" (que não responde às expectativas de uma masculinidade viril, seja em práticas ou performances). A figura do machão unida à figura do pai constitui o modelo "ideal" de masculinidade, enquanto ao viado, por associação a características consideradas femininas, como a passividade, reserva-se a abjeção e a discriminação (PARKER, 1991; GREEN, 2000b).

As performances de gênero são também referidas pelos entrevistados, especialmente quando aludem repertórios que apontam para uma identificação/diferenciação desses homens a partir do modo como se apresentam:

> "A gente percebe pelo comportamento e em alguns casos é auto declarado. Se não for algum desses casos não tem como perceber" (DEN1)

> "Acho que mais pelo...assim eu não diria nem aparência acho que mais o modo de se expressar" (ACS18)

Essa linha performativa assume um aspecto de "jeito", como se fosse algo específico dessa população, que é esperado, faz parte do estereótipo produzido socialmente, no qual espera-se desses homens que expressem meneirismos e posturas de gênero consideradas "afeminadas", contrárias ao que se espera das condutas consideradas masculinas (REIS, 2017; PARKER, 1991). Observamos isso nos enunciados abaixo, quando fazem referência aquilo que nomeiam como "jeito" ou "comportamento".

> "Tem paciente que a gente sabe porque já chega com seus companheiros aqui e vimos que é o companheiro dele e pelo jeito dele ser" (DEN3)

> "Então a gente conhece pelo modo, gestos e ele mesmo conta a gente, quando pedem camisinhas" (ACS6)

> "A gente vai reconhecendo, através do jeito deles, né? Do jeito, da ... Como é o nome, Jesus? [pausa], comportamento, através do comportamento. O jeito deles conversar que é diferente" (ACS20)

> "O pessoal fala, é assim mesmo sendo aquele, aquela, esqueci a palavra agora, aquele negócio fixo da gente ver os trejeitos, tal, ai sempre tem uma pessoa que vai dizer ah não, aquele cara ali é gay ou então, mulher eu nunca

> vi não, agora homem chama mais atenção.” (MED5)

> “A maioria... eles se identificam pelos trejeitos, por tudo. Nunca me disse que é, nem eu perguntei. Já atendi vários” (DEN8)

No entanto, esse “jeito”, pré-definido que parece “subentender” o sujeito, também está associado a uma imagem formada no imaginário social, intimamente ligada aos veículos de mídia, com imagens que “traduzem” e/ou fabricam noções de vestuário, corpos, formas de se relacionar que compõem o estereótipo de homens gays em sua maioria (DARDE, 2008). Esse tipo de associação, por vezes é referida pelos nossos entrevistados como desnecessária ou não deve tornar-se objeto de diálogo ou negociação, quando afirmam que

> “Eu acho que é uma coisa que não precisa ser dita, uma quando uma coisa que precisa ter sensibilidade pra saber. E eu acho que eu tenho essa sensibilidade, né? Você percebe, não é pela... Pelo estereótipo, mas quando você conversa com o paciente, necessariamente, você não tem que dizer a sua opção e nem a sua escolha sexual, né. Mais alguns pacientes você identifica” (MED2)

> “Eu não lembro se eu já atendi algum, agora eu já vi, tipo fila de consulta para outro médico ou médica no caso, no acolhimento, agora se já passou algum por minha mão, não percebi não se era LGBT” (MED5)

Porém, para outros entrevistados, essa associação não é evidente como óbvia, quando afirmam que:

> “Só em olhar pra pessoa e conversar com a pessoa a gente já sabe.” (ACS3)

> “Às vezes só de olhar o paciente fisicamente você já sabe que ele faz parte daquele grupo” (DEN5)

> “A maneira de falar, de se relacionar, não somente a questão da veste né ? Pois isso ai hoje independe, mas ai pela característica, pela maneira de falar ai eles chegam e dizem mesmo” (ACS28)

> “Assim pelo jeito, pela aparência assim que as aparências a gente também identifica e...assim pelo jeito deles ser popular porque essas pessoas são muito populares” (ACS17)

> “Muitos mesmo se vestem de mulher e muitos aparentemente é mulher, mas se veste de homem e que a gente respeita” (ACS10)

Na mesma medida que identificamos nos repertórios dos profissionais aspectos relacionados a estereótipos, a identificação mediante características consideradas exclusivas e/ou marcantes do grupo. Percebe-se também que a preocupação com o

“assumir-se”, “sair do armário” como recorrente em seus discursos. Uma das entrevistadas, por exemplo, disse que “identifica, mas as vezes eles não assumem e a gente também não pode...isso é mantido em sigilo. (acs)”. Bem como no seguinte trecho:

> “Na verdade não tem só um, a gente tem alguns, alguns assumidos e outros que a gente percebe embora não sejam assumidos, alguns que a gente infelizmente ouve comentários” (MED7)

Nas entrevistas realizadas, os profissionais relatam dificuldades dos usuários em “se assumir”, porém isso não é uma máxima, pelo contrário em outros enunciados observamos a questão de “sair do armário” para os profissionais como algo natural feito pelos homens gays, principalmente. Lembrando também que a questão de “sair do armário” é algo colocado e relacionado aos homens gays considerados afeminados, aqueles que notadamente possuem, aos olhos dos profissionais de saúde, alguma performance destoante do esperado para uma performance masculina. Esse processo, é denominado por Rogério Junqueira (2013), como processos heteronormativos de construção dos sujeitos masculinos, aos quais os meninos e/ou rapazes devem se submeter afastando de forma veemente de aspectos relacionados ao feminino ou a homossexualidade. O referido autor pontua ainda que essa exigência se traduz numa pedagogia do armário que conforma heterossexismos e homofobia, praticada em ambiente escolar, em sua maioria, funcionando de forma camuflada ou explicita na forma de injúrias, insultos e jogos de poder que se tornam marcadores corporais e psicológicos. Repercutindo nas formas pelas quais esses meninos/rapazes se relacionam com o mundo, cabendo a estes permanecer em “armários” que os retiram desse lugar de dissonância da heterossexualidade.

> “Porque alguns dizem, eles chegam a dizer que são homossexuais, eles dizem pra gente, mas também a para a população, mas a maioria são pessoas orientadas, com a mente aberta, mas eles tem dificuldade em procurar no bairro que moram, eu não sei, talvez pelo fato dos olhares de outras pessoas, ai eles terminam procurando fora” (DEN8)

> “Tem pacientes que eles conseguem externar tranquilamente a forma deles se expressar, outros casos como temos Agentes de Saúde eles acabam falando quem é e quem não é simpatizante, tanto pelo visual, tanto pelo Agente de saúde ou pelo próprio paciente” (DEN7)

> “Até porque eles mesmo são transparente não tem assim tipo aquela situação dele é restrita eles aceitam o jeito que eles são e são abertos” (ACS16)

No entanto, o exercício de “sair (ou não) do armário” e/ou assumir-se para o profissional de saúde, neste caso geralmente o profissional médico, está relacionado ao que Ramon Reis (2017) considera como um dispositivo de regulação social, ou seja, o movimento de visibilizar ou invisibilizar o fato de serem homens GBT está relacionado a como estes homens acreditem que serão melhor atendidos/recebidos nos serviços de

saúde. Podemos observar em alguns trechos de fala como "*Se ele que é muitas vezes a gente percebe ou ele espontaneamente falam, fora... acredito que tem alguns que não fale*" (MED3) ou "*Uns são completamente assumidos, outros só em consulta, que às vezes eu nem sabia e aí relatam, né?"* (MED8)

> "Esse pessoal aqui, você conta nos dedos aqui dentro. De vez em quando é que eu descubro alguém (risos), porque sigilosamente me falam na consulta" (MED8).

Com os/as Agentes Comunitários de Saúde, a questão do usuário "assumir-se" apresenta um caráter mais natural, já que estes profissionais estão mais próximos deles, por fazerem parte da comunidade ao qual pertence a Unidade de Saúde da Família. Como vemos no trecho "*Assim... por que chegou e já era comigo. Não escondeu não. Já era homossexual*" (ACS26). Bem como em:

> "Da minha área, todos os que eu tenho são assumidos, são pessoas mesmo que jogam as mãozinhas, ficam a vontade, não tem frescura mesmo" (ACS22)

> "Ah , pelas características e porque ele deixa não só transparecer , mas assume mesmo a sua identidade quanto a esse grupo" (ACS24)

> "É... eu, assim! Eles não vão dizer né! Que eu sou eles não vão dizer, assim com o dia a dia e com a convivência é que pode saber!" (ACS7)

> "E assim, o dia a dia, a convivência a gente já sabe distinguir né? A gente não escanteia, mas a gente vai distinguir pra tentar respeitar conviver com eles do jeito que eles são" (ACS23)

"Lá na comunidade tem que ser uma coisa e pra o mundo lá fora tem que ser outra": dos dialogando com usuários sobre suas posições e estratégias para (r)existir nos serviços de saúde

Assim como ocorreu com os profissionais de saúde, os usuários dos serviços, auto referidos como pessoas com identidade de gênero masculina, apresentaram em suas falas repertórios discursivos que se remetem a questões, aqui consideradas, como referentes à construção de masculinidades. Estão relacionadas, principalmente, ao modo como são recebidos nos serviços de saúde por parte dos profissionais que atuam naquele ambiente.

Esses serviços de saúde, representados neste artigo pelas Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família, são norteados pelos princípios dos SUS (de Universalidade, Integralidade e Equidade), sendo a porta de entrada dos usuários na Rede de Saúde.

As questões relativas ao modo como são construídas as noções de masculinidade também perpassam os usuários dos serviços. Percebemos isso quando ao analisar os enunciados encontramos elementos discursivos parecidos aos encontrados nos discursos dos profissionais.

O que queremos dizer com isso é que, essa masculinidade vista como um aspecto comportamental, visual, corporal que pode ser condensado como um aspecto de “jeito” que destoa ou distorce o que se espera de um homem: jeito de ser gay, que é, sendo eles, visível, construído a partir de estereótipos/estigmas que acompanham esses homens a partir de um enquadre social.

No diálogo com os usuários que se definem como “gay”, identificamos que esse “jeito” de gay – algumas vezes nomeado pelos próprios homens gays como “pinta” ou “dar pinta” – está carregado de preconceito e estigma por parte da sociedade e que isso decorre, segundo os usuários, de generalizações que se fazem baseadas em estereótipos e/ou atitudes isoladas e descontextualizadas, muitas vezes devido ao desconhecimento das situações contextuais a que estão submetidos pessoas pertencentes ao grupo de homens gays, bissexuais e transexuais (GBT). Podemos perceber isso nos enunciados abaixo:

> “Mas é que o pensamento da sociedade é que gay e baderna, gay é putaria” (Part. OFHG1)

> “mas isso é ocasionado porque muitas querem depravar, querem destruir, querem passar por cima de coisas que algumas não fazem, ai generaliza tudo” (Part. OFHG1)

> “Também acho. Ai não pode, dessa atitude dela, dizer assim: todo gay é ladrão e desmerecer todo mundo, porque todo mundo é gay, entendeu? Tem gente que realmente faz isso” (Part. OFHG1)

No entanto, essa reflexão sobre a generalização baseada em estigmas também é percebida como algo que atinge outras minorias/contextos em que esses sujeitos também estão inseridos, já que como pessoas, somos seccionados por vários marcadores sociais, como cor/raça, classe social, escolaridade, entre outros. Pode-se observar essa reflexão no trecho a seguir.

> “Mas isso não só acontece com os gays. Acontece com todo mundo, porque é a mesma coisa, generaliza todo que mora em favela. Todo mundo que mora em favela é marginal e ladrão. Não é assim, tem muita gente de bem que mora em favela. A mesma coisa é com negro: todo negro é ladrão, maloqueiro, marginal, não é” (Part. OFHG1)

A interseccionalidade, evidenciada no recorte acima, diz respeito aos modos como as categorias sociais e culturalmente construídas (sexo/gênero, classe social, religião, raça/etnicidade, orientação sexual etc.) se organizam em forma de desigualdade social, criando um sistema de opressão, a partir da sua inter-relação. Ao não considerar que a constituição de um sujeito não se resume ao somatório de pertenças, pois as várias facetas se fundem a um nível em que não pode ser dissociadas e restabelecidas a sua forma inicial. Justificando porque alguns grupos podem sofrer com opressões múltiplas e simultâneas, como é o caso da população de homens gays, bissexuais e trans. O olhar baseado no conceito

de interseccionalidade, revela como formas de discriminação e opressão interseccionais criam benefícios sociais e materiais para aquelas/es que gozam de privilégios normativos (NOGUEIRA, 2017).

A negatividade que a “pinta” ou o “dar pinta” carrega é tão expressiva e depreciativa, que acaba por colocar os sujeitos (homens gays) em conflito consigo mesmos e com os outros. Ou seja, a associação desses homens a trejeitos ou performances femininas dificulta a relação deles com eles mesmos e com os pares. Esse tipo de avaliação é percebida em alguns enunciados desses homens, quando alegam que o preconceito, visto na sociedade de forma geral, também ocorre entre os próprios homens gays:

> “Os próprios Gays (entre aspas) tem preconceito, dos seus iguais. Porque assim, ele se achando mais garoto, mais homem, isso não torna ele menos gay do que os outros só por serem afeminados” (Part. OFHG1)

> “a gente mesmo age com preconceito com o próprio colega, por exemplo: a gente mesmo quando tá todo mundo aqui, porque é gay, mas é aquele gay tipo, mais machozinho, daí vem a travesti e fala: olha que coisa feia!” (Part. OFHG1)

> “Eu conheci um garoto, que disse que por eu ser pintoso, que ele tinha preconceito de mim” (Part. OFHG1)

Como dito anteriormente, a questão da “pinta” é central e utilizada como forma de identificar os homens gays nos serviços de saúde, mas também, como informam também os participantes das oficinas, nos diversos setores da sociedade. Na saúde não é diferente, e por este motivo, alguns desses homens usuários dos serviços convivem com o “dilema” de assumir sua sexualidade/identidade de gênero durante o atendimento ou não. E então vai variar de pessoa para pessoa e do contexto do atendimento (da empatia e/ou da necessidade com o profissional de saúde). Alguns dos homens gays afirmam que não foram perguntados sobre orientação sexual, mas acreditam que a “pinta” pode ter sido a razão para isso não ter ocorrido, como é o caso desse participante da segunda oficina com homens gays:

> “No meu caso, quando fui pra o serviço nunca um médico chegou perguntando minha orientação sexual, nunca. Ai requer muito da questão do conceito antecipado que é a “pinta”, né? Mas nunca, eu posso dizer a você que nunca chegaram perguntando a minha orientação sexual” (Part. OFHG2)

Os homens que se definiram como bissexuais disseram que tanto existem momentos em que assumiram como não assumiram, alegando tanto a necessidade de dizer sua orientação sexual, como a vergonha e até rejeição de si mesmos:

> “Não eu já precisei é falar é pro médico em exames de rotina normal e não vi nenhuma diferença no tratamento, não deixou de me tratar melhor ou de tratar pior...” (Part. OFHB)

> “No meu caso o médico já chegou pra perguntar. Só que partiu de mim. Digamos a rejeição. E eu acabei negando” (Part. OFHB)

Um conteúdo que emergiu a partir dessa discussão sobre assumir, “dar pinta”, “jeito”, foi se esses homens acreditavam que existia diferenciação no atendimento dos profissionais de saúde diante de um homem GBT. Nesse momento, destacamos o diálogo entre três participantes que desvela um pouco do que se refere essa questão na produção dos sentidos destes a respeito da sua relação com os profissionais de saúde:

> “Participante 1: porque depende do médico e depende do gay também. Eu já fui no médico que ele me atendeu super bem. Ele disse tira a roupa que vou lhe examinar todinho. Me olhou de cima a baixo, me tratou super bem. Ontem, quando eu fui quem me atendeu foi uma médica. A médica sim, sim, tá...
>
> Participante 2: mas também pode ser o jeito dela atender qualquer paciente, a gente acha que é porque a gente é gay. Ainda tem isso de tudo trazer pra gente
>
> Participante 3: Tu acha que foi por tua opção sexual?
>
> Participante 1: não, até porque eu não disse e nem... eu cheguei normalmente” (Diálogo Parts.OFHG1)

O mesmo ocorre no enunciado de um homem que se definiu como bissexual:

> “Quanto a mim eu nunca sofri nenhum tipo de destrato ou diferença nos meus tratamentos por conta da minha orientação ao contrário de Augusto eu não teria problema nenhum caso isso viesse a ajudar no tratamento ou adicionasse alguma informação pro tratamento dizer sobre a minha orientação. Acho que sim pode haver diferença no tratamento, mas eu nunca sofri nada relacionado a isso. Ouvi histórias a gente sabe que há casos” (Part. OFHB)

Todavia, existem relatos de outros participantes das oficinas que revelam situações em que não só a questão do “jeito” ou da “pinta” são identificadas, mas associadas a um estigma, que ainda ronda a população de homens GBT, em especial os homens gays em maior proporção e os homens bissexuais, que é a Epidemia de Aids (PARKER, 2015). Embora o tema seja pouco evidente, quando falam da experiência de homens trans, a associação homo/bi com o HIV/Aids está clara nos enunciados abaixo.

> “Vou dar um exemplo que já aconteceu com meu primo que é gay. Ele chegou num hospital doente, sentindo febre, bastante febre mesmo. Ai o médico viu assim, que tem alguns que dão certamente “pintas”, né? As vezes no modo de falar, de sentar, no modo de olhar, entendeu? E o médico teve uma pergunta que não tinha nada a ver com o atendimento. Perguntou a ele se era gay e ele falou. Na mesma hora que ele falou que era gay, o médico pediu exame de aids, na mesma hora, ele tava com febre”(Part. OFHG2)

> "Eu acho que tem pessoa que se deixa ser discreto, vamos dizer assim. Vou fazer uma suposição aqui agora: eu tô passando pela rua e sou muito feminino. Tem pessoa que descreve que você é gay já por aquilo; outras pessoas que se comportam mais masculinamente, tem gente que diz, oh é hetero, porque ninguém desconfia. Ninguém anda falando, até em postos de saúde, hospitais grandes ou até clínicas particulares. Ai quando um homossexual dá muita "pinta" e em certos casos o médico é preconceituoso e ele vê, ele acha que só porque é gay, tá dando "pinta" fica com todo mundo, tem relação sexual com todo mundo e pode ter aids. Pelo menos, esse é meu conceito porque ele pede o HIV" (Part. OFHG2)

Esse tipo de atitude dos profissionais de saúde, aqui personificado pelo médico nos relatos dos participantes das oficinas, gera constrangimento nos usuários e pode vir a afastar esses homens dos serviços de saúde. Esse tipo de atitude relatada por esses homens vai de encontro com que se espera de um profissional competente e que segue o que o SUS preconiza. E esse tipo de atitude não escapa da percepção dos usuários, podemos observar nos trechos a seguir:

> "Agora se o médico, ele fosse, como posso dizer, mais competente no cargo dele, se atende um gay, atende também uma travesti . Ai ali não tem como dizer se ele tá vendo pela "pinta " ou não. Vai perguntar o nome da pessoa, a pessoa não sei se vai dizer o verdadeiro nome, porque tem que mostrar a documentação, se a pessoa não mostrar a documentação não vai valer de nada. Então, se ele se deixar levar por uma "pinta" de um gay, imagine de uma travesti?!" (Part. OFG2)

> "Causa um certo constrangimento. Tem pessoas que ficam muito constrangidas chegando lá no médico, dar pinta ou não pra fazer exame ou alguma coisa e ai o médico ter recio de tocar em você, de comunicar com você, por você ser gay" (Part. OFHG2)

> "Uma coisa que eu vejo é que os médicos, eles não falam sobre DST's. se foi colocado pra eles, por exemplo o pedido de exame de HIV, mas não falou pra ele sobre a questão. Então, eles não falam, olha pra pessoa e diz vai fazer e pronto" (Part. OFHG2)

Todas essas questões relacionadas a "pinta" nos arremete ao que Reis (2017) reflete em seus estudos a respeito desta temática, a qual este, lança luz sobre a dicotomia tão visível dentro do universo gay, que acaba por tolir algumas expressões/performances de gênero mais femininas por parte dos homens gays pelo fato da "pinta" estar associada ao desrespeito, as questões relacionadas a Aids, ligada a promiscuidade, por esse motivo a separação entre os homens gays afeminados e os homens gays heteronormativos, "masculinizados" e até "afeminofóbicos". Essa relação entre "pinta" e respeito, torna-se ainda mais evidente quando se trata do ambiente dos serviços de saúde, onde essa "pinta" surge como um empecilho, em alguns momentos, do atendimento.

Justamente pela sua associação aos gestos, voz e corpos espalhafatosos,

observamos isso quando no dia-a-dia ouvimos frases como “seja gay, mas seja homem”, “não tenho problema com gays, desde que não chegue perto de mim” ou “seja gay, mas se dê ao respeito”, todas essas expressões estão inundadas de homofobia e de uma certa noção de como os homens gays devem se portar para que se tenham respeito, que baseia-se numa performance masculina e certa medida calculada.

Baseada nisso vemos em trechos de fala dos usuários questões relacionadas ao controle desses corpos, dessas performances afim de que não sofram com as condutas dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Isso pode ser verificados nesses enunciados:

> “Como ele falou: lá na comunidade tem que ser uma coisa e pra o mundo lá fora tem que ser outra” (Part. OFHG2)

> “Tem que criar uma personalidade pra viver em sociedade” (Part. OFHG2)

> “A pessoa querendo ou não, mesmo não tendo, tem que ter dupla personalidade, tipo assim, ser mais um homem onde mora, perto da família, mesmo em casa e fora o que ela realmente é, um gay, livre. Isso que hoje em dia uns estão enfrentando essa barreira da violência contra os gays também. Tá passando um monte de marginais na rua e percebem que você é gay, vão mexer com você querendo ou não, porque eles pensam que ser gay é uma pessoa abominável, que não é uma pessoa, um mostro, mas somos todos iguais” (Part. OFHG2)

Para uns “jeito” e para outros “pinta”: produção de masculinidades

O que nos salta aos olhos durante toda a tessitura do texto e que nos parece ponto comum é a construção de um tipo de masculinidade pautado no que os profissionais consideram como “jeito de gay” e que os usuários dos serviços de saúde nomeiam de “pinta”. O que os profissionais da saúde descrevem em seus enunciados como “jeito de gay”, que seria a forma como estes identificam e/ou classificam corpos considerados de homens não heterossexuais, assume uma conotação pejorativa, em certa medida, por basear-se em estereótipos, estigmas e discriminações que desqualificam, denigrem esses homens que não correspondem ao que é considerado masculinidade hegemônica. O “jeito de gay” então, nada mais é do que uma expressão da homofobia, que percebida ou não, internalizada ou não, permeiam esses profissionais e que em algum momento ou não permeiam também suas práticas de cuidado e atenção aos homens gays, bissexuais e transexuais.

Como foi dito acima, o que é considerado “jeito de gay” pelos profissionais da saúde é nomeado pelos usuários dos serviços de saúde de “pinta”, que é uma gíria do meio LGBT pra determinar que um homem possui trejeitos femininos, possui um caráter negativo e pejorativo e também carrega consigo uma forte carga de homofobia. A “pinta” ela assume

um papel de divisão de grupos entre os gays “do meio” e os “fora do meio”, como bem pontua Miskolci (2014). Entretanto, esse caráter dicotômico também está relacionado a Epidemia de Aids, já que os estigmas estavam estreitamente ligados a corpos e performances e práticas sexuais relacionadas à feminilidade/passividade.

Por este motivo, aspectos relacionados àa “pinta” estão intimamente ligadas às posições sexuais, posto que estas produzem identidades sociais. Interferem e/ou contribuem nas dinâmicas de gênero que envolvem os relacionamentos afetivo-sexuais. As posições sexuais e as escolhas dos parceiros estão ligadas as denominações que envolvem identidades sexuais bipartidas no modelo de atividade e passividade, em que os primeiros são considerados homens mais masculinos e o segundo homens mais femininos, aos quais se associa a “pinta”.

Os auto-referidos como “versáteis” surgem como pretensas formas hibridas e intermediárias dessa dicotomia. Esse modelo ativo/passivo possibilita incorporação de estereótipos que envolvem raça/etnia e geração, quando engessam homens negros como ativos e asiáticos como passivos devido ao suposto tamanho pequeno do pênis, e jovens como prioritariamente passivos e homens maduros como ativos. Ressalta-se que vários outros aspectos interferem nessa costura.

Dessa forma, as posições sexuais podem contar com posicionamentos dos sujeitos, bem como aspectos relacionados ao quanto de conhecimento estes possuem sobre risco e proteção especialmente em relação às IST/HIV/aids, considerando conjuntamente as categorias sociais e os estereótipos de gênero. Todavia, não estão descoladas dos estilos corporais que permeiam os desejos sexuais (RIOS et al.., 2017).

Decorrem daí as subalternizações, aos quais os homens com práticas sexuais e posições sexuais relacionadas a passividade, e então ao feminino, as “pintosas”. Sujeitos ao estigma e discriminação por seus pares incorrem na preocupação em acobertar suas representações identitárias, advindas de seus estilos corporais, atenuando suas performances em outros ambientes, para além dos relacionados a homossociabilidade. Daí derivam as questões levantadas pelos usuários ao referirem-se, que quando se dá “pinta” nos serviços de saúde não se é respeitado, bem atendido, ouvido, entre outros. Por este motivo, alguns desses homens gays acabam por sujeitar-se a uma constituição corporal, forçada, que atenda aos padrões de uma masculinidade dominante, para então se encaixar numa lógica violenta e rígida (REIS, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades ou a decisão de não buscar os serviços de saúde por parte dos homens gays, bissexuais e trans é perpassada por uma gama de fatores. Nossa pesquisa aponta que a percepção de masculinidade (re)produzida pelos profissionais de saúde é alcançada pelos usuários e que está pode sim atuar enquanto um fator de afastamento

desses homens dos serviços de saúde, por compreender os estigmas e a homofobia que estão internalizadas nas práticas dos profissionais.

Outro ponto que pode ser observado é a invisibilidade dos homens transexuais nas narrativas dos profissionais de saúde e da mesma forma a invisibilidade de questões relacionadas a masculinidade por homens transexuais no que tange a sua entrada nos serviços de saúde. Dessa forma, percebemos as questões relacionadas as transmasculinidades não sendo consideradas como um ponto de análise ou como algo que seja central para a discussão da atuação dos profissionais e como um objetivo da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.

Dessa forma, o entendimento da influência que as construção de gênero e consequentemente das masculinidades são um ponto importante a ser trabalhado entre gestores, profissionais e pesquisadores para que os mecanismos de estigma e homofobia sejam enfrentados assegurando que o cuidado integral de homens gays, bissexuais e transexuais não seja prejudicado no âmbito do SUS, assim como é preconizado na Política de Saúde Integral da População LGBT.

REFERÊNCIAS

BRIGNOL, SMS. Estudo epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no Município de Salvador/BA. 2013.Tese - Universidade Federal da Bahia ,Salvador, 2013.

CÁCERES, C. A masculinidade como questão para pesquisa e para políticas públicas. Em: PARKER, R; CORÊA, S. (Org.). *Sexualidade e política na América Latina*. Rio de Janeiro: ABIA. 2003.

Courtenay, WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, v. 50, n. 1, p. 1385-1401, 2000.

DARDE, VW da S. A construção de sentidos sobre a homossexualidade na mídia brasileira. *Em questão*, v.14, n. 2., P. 223-234, 2008.

FACCHINI, R. *Sopa de letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FÉBOLE DS. *A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS*. Dissertação - Universidade Estadual de Maringá, . Maringá, 2017.

FERREIRA BO. Babado, confusão e gritaria: vivências e reflexões da população LGBT no SUS. [Dissertação]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piaui; 2016.

FIGUEIREDO W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva, v.*10, n.1, p. 105-109, 2006.

FRY, P.; MACRAE, E. (1991). *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense.

GALVÃO NETO, CJM.; MEDRADO,B. . Sexo entre homens em Suape: informações sobre práticas sexuais, prevenção e acesso à saúde. Em: RIOS, LF.; VIEIRA, L.; QUEIROZ, TN. (Org.*). Gays, lésbicas e travestis em foco: diálogos sobre sociabilidade e acesso à educação e saúde*. Recife: Editora UFPE, 2016.

GREEN, J. "Mais amor e mais tesão": a construção do movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 15, p. 271-295, 2000.

JUNQUEIRA, RD. Pedagogia do armário – a normatividade em ação*. Retratos da Escola*, v. 7, n. 13. 3013.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de genero en salud. *Adolescência Latinoamericana,* v. 2, n.1, p. 67-79, 2001..

LIONÇO T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v.17, n. 2, p. 11-21, 2008.

MEDRADO, B. *O masculino na mídia. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira*. São Paulo. 148 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC/SP, 1997.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas* (UFSC. Impresso), v. 16, p. 809-840, 2008.

MISKOLCI, R. "Discreto e fora do meio – Notas sobre a visibilidade sexual contemporânea". *Cadernos Pagu*, n. 44, p. 61-90. 2015.

NOGUEIRA, C. *Interseccionalidade e Psicologia Feminista*. Salvador Bahia: Editora Devires. 2017.

OLIVEIRA, C. Os homens também mudam. Em: PARKER, R; CORÊA, S. (Org.). *Sexualidade e política na América Latina*. Rio de Janeiro: ABIA. 2003.

PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões*: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller. 1991.

PARKER, R. et al. Práticas sexuais e mudança de comportamento entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro, 1990-1995. In: PARKER, R.; TERTO JR., V. (Org.) *Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 15-48.

PARKER, R. G. *Na contramão da Aids: Sexualidade, intervenção e política*. São Paulo. Editora 34. 2000.

PARKER, R. *O fim da AIDS?*. Rio de Janeiro: ABIA. 2015.

PAULINO DB. *Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família*. Dissertação - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

PEREIRA, EO. *Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro*. Dissertação - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

QUIRINO, T.; MEDRADO, B.; LYRA, J. Atenção em saúde aos homens no cotidiano da atenção básica: diálogos com usuários e profissionais. *Athenea Digital*, v. 16, p. 481-506, 2016.

REIS, R. "É preciso ser bem visto, não manchar a reputação se dar o respeito": dos regimes de visibilidade nas trajetórias de homens homossexuais. *Revista Ártemis*, v. 23, n.1, p. 38-54.2017.

RIOS, L.F. et. al. Posições sexuais, estilos corporais e risco para o HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife (Brasil). *Cien Saude Colet* [periódico na internet],2017.

SCHRAIBER, LB.; Gomes, R.; Couto, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde Coletiva,* v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCOTT, JW. Prefácio a Gender and politics of History. *Cadernos Pagu*, n.3, p. 11-27. 1994.

SEFFNER F.; PARKER R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016.

SOUZA, ER.; BRAZ, C. Políticas de saúde para homens trans no Brasil: contribuições antropológicas para um debate necessário. In: VAL, Alexandre Costa et al. (orgs.) *Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde*. Ouro Preto: Editora da UFOP, 2016.

SPINK MJP; MENEGON VM; MEDRADO B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicol. Soc*. [online]. V. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

SPINK, MJP. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, MJP.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

TERTO JR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/Aids. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 8, n. 17, p.147-158. 2002.

TREVISAN, J. S. *Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 3 ed. Rio De janeiro – Record, 2000.

CAPÍTULO 2

A COMUNICAÇÃO NÃO VIOLENTA E A PRÁTICA DO CÍRCULO DE CONSTRUÇÃO DE PAZ: INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/02/2021

Vanessa Rodrigues Pucci
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
http://lattes.cnpq.br/3937279471219112

Fábio Rijo Duarte
Faculdade de Direito de Santa Maria
FADISMA
http://lattes.cnpq.br/1762867262053034

Caren Fabiana Alves
Estratégia Saúde da Família, município de Santa Maria, RS
http://lattes.cnpq.br/5156596161229334

Sonia Disconzi Rios Kienetz
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
http://lattes.cnpq.br/1272104430969646

Jaqueline Luiz Ribeiro
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
http://lattes.cnpq.br/8334790531038343

Isabel Cristina Martins Silva
Faculdade de Direito de Santa Maria
FADISMA
http://lattes.cnpq.br/883414473302762

RESUMO: Os serviços de Atenção Primária à Saúde apresentam-se como espaços complexos diante a diversidade de práticas, demandas e necessidades dos usuários, profissionais e gestores. Deste modo, é um terreno fértil para o desenvolvimento de atividades que busquem a resolução de conflitos e uma melhor comunicação entre os atores deste cenário. Este relato teve o objetivo de descrever a explanação sobre a Comunicação não Violenta e uma vivência da realização de uma prática de círculo de construção de paz em uma Estratégia Saúde da Família em um município localizado na região centro oeste do Rio Grande do Sul, RS. Serão descritos dois encontros que foram realizados em maio de 2018. Participaram dos encontros dezoito profissionais. A prática realizada foi vista de maneira positiva e impactante, de modo que os conceitos discutidos foram incorporados na rotina das profissionais participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Justiça Social

NONVIOLENT COMMUNICATION AND THE PRACTICE OF PEACE-BUILDING CIRCLES: INTERFACE WITH PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Primary health care services are complex spaces considering the diversity of practices, demands and needs of users, professionals and managers. In this way, it is a fertile ground for the development of activities that seek conflict resolution and better communication between the actors in this scenario. This report had the objective of describing the explanation about the Non-Violent Communication and an experience of a circle of practice of peace building in a Family Health Strategy in a city located in the central west region of Rio Grande do Sul, RS. Two meetings that took place in May 2018 will be described. Eighteen professionals participated in the meetings. The practice performed was seen in a positive and impactful way, so that the concepts discussed were incorporated into the routine of the participating professionals.

KEYWORDS: Primary Health Care, Family Health Strategy, Social Justice**.**

INTRODUÇÃO

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) atuam, por meio de equipes de saúde da família (BRASIL, 2007). A convivência desse grupo heterogêneo faz com que o ambiente de trabalho se torne um cenário significativo para o surgimento de conflitos, sejam eles individuais ou grupais (SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2009). Entende-se que para atuar na APS, a tomada de decisões, habilidades de comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança são competências fundamentais para que os profissionais de saúde possam desenvolver suas atividades, sobretudo o enfermeiro considerando que pela sua formação acadêmica, na maioria das vezes é este o profissional que exerce o papel de gestor dos serviços (BRASIL, 2001).

Neste sentido, é necessário que busquem novas formas de gerenciar os seus espaços de trabalho e sua operacionalização, bem como busquem o aprimoramento de competências e habilidades de liderança, que serão capazes de impactar em práticas mais dialógicas e interacionais de modo que os conflitos não sejam omitidos (GUERRA et al, 2011).

No âmbito da Justiça Restaurativa, o momento do conflito, propriamente dito, é propício aos argumentos dos autores (conflitantes) acerca da possiblidade de integração e aprendizagem dos “diferentes pontos de vista”, bem como as dessemelhanças (ZHER, 2017). Ressalta-se que uma situação conflituosa traz, inevitavelmente possibilidades de aprendizado e crescimento, mas também abre precedentes para rupturas e danos (DUZZO, 2008).

Assim, acredita-se nas potencialidades da Comunicação não Violenta (CNV) e utilização da metodologia proposta nas Práticas Restaurativas no cenário da APS, como possibilidade de uma metodologia inovadora nos serviços, no intuito de impactar positivamente o trabalho executado pela equipe de profissionais, reverberando na qualidade do cuidado dirigido aos usuários. A CNV é compreendida como um processo capaz de inspirar ação compassiva e solidária. Em diversas áreas da sociedade vem sendo proposta e utilizada por um crescente número de pessoas que desejam intervir e agir com meios práticos e eficazes em favor da paz (PUCCI; DUARTE, 2018).

Associada à sua concepção tem-se as Práticas Restaurativas que se utiliza de métodos de estruturação e promoção de encontros entre as partes envolvidas, objetivando promover o diálogo no intuito de superar desafios e solucionar algumas situações de forma consensual e colaborativa. Neste contexto encontram-se os Círculos de Construção de Paz (PUCCI; DUARTE, 2018). Diante o exposto, o relato a seguir propõe-se a descrever a experiência da explanação de conceitos de elementos importante da Comunicação não Violenta e a experiência da vivência dea realização de uma prática de Círculo de Construção

de Paz (dialógico), em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município na região centro oeste do Rio Grande do Sul, Brasil.

LOCAL E POPULAÇÃO PARTICIPANTE

A ESF foi selecionada por conveniência. A equipe trabalha numa cobertura territorial de 3308 pessoas em 1199 domicílios cadastrados, sendo composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Como funcionários têm-se a recepcionista e auxiliar de limpeza (terceirizado). A ESF conta com quatro profissionais residentes. O território divide-se em nove micro áreas, nas quais oito destas são assistidas por ACS. Os sujeitos que participaram da experiência foram a recepcionista, as profissionais da residência multiprofissional, a facilitadora, a auxiliar de pesquisa e a toda a equipe da ESF (exceto o profissional médico), totalizando 18 mulheres.

Ao total foram realizados quatro encontros (atividades) na unidade. Entretanto, serão relatadas apenas dois, com média de duração de 90 minutos cada, que aconteceram no mês de maio de 2018, sendo realizadas por uma doutoranda no programa de Pós-Graduação em Enfermagem, auxiliada por uma mestranda no mesmo programa. O estudo é parte de uma pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob número de protocolo 3.030.422/2018, pautado nas diretrizes éticas da Resolução CNS nº466/2012 em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Optou-se por relatar o segundo e o último encontro.

DESENVOLVIMENTO

No primeiro encontro (a ser relatado), as participantes foram acomodadas em formato espacial de círculo, de acordo com o método das Práticas Restaurativas, e a proposta foi apresentada. Foi entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. De maneira expositiva e dialogada conceituou-se a Comunicação não Violenta (CNV). No início o grupo parecia um pouco inquieto e curioso, pois não conhecia a temática da apresentação. A medida que a explanação foi acontecendo, começaram a se identificar com o assunto abordado, pois a “comunicação” é ferramenta importante na concretização do trabalho em equipe, de suas atividades com os usuários e em seus relacionamentos pessoais.

Segundo Duarte e Boeck (2015) para que as práticas embasadas no trabalho em equipe nos serviços de saúde se consolidem, e que possam desfrutar da cooperação mútua em harmonia, são necessários, além da interação, a comunicação e a capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes em cada um de seus membros. Todavia, o colocar-se no lugar do outro, deverá ser feito de maneira empática, pois ter empatia com uma outra pessoa abre as portas para um entendimento e conexão profundos (ROSENBERG, 2006), e é sobre sentimentos de compaixão e empatia

que a CNV se desvela.

Para Rosenberg (2006), idealizador da CNV, o modo de falar e as palavras ditas, podem magoar e causar sofrimento, tanto pessoal quanto para os outros. E esta abordagem contribui para que as pessoas consigam se expressar e ouvir com atenção. Logo, é possível escutar, com mais profundidade as necessidades, tanto próprias quanto dos outros. Ela se estrutura sob quatro pilares: **observação**, **sentimento**, **necessidades** e **pedidos** (ROSENBERG, 2006) assim, todos os componentes foram apresentados à equipe. Procurou-se exemplificar cada componente a fim de facilitar a sua compreensão. As participantes mostraram-se receptivas e interessados em aprender sobre a CNV, pois no momento da explanação perceberam sua potencialidade, não somente em seu ambiente de trabalho, mas também em suas vidas pessoais.

As participantes colaboraram com as discussões de forma enfática, trazendo exemplos da prática e do dia a dia de trabalho. Em alguns momentos conseguiram reconhecer em suas próprias falas aquilo que contradizia a CNV, de modo que se sentiram sensibilizadas em adentrar este processo transformador. Entende-se que este momento foi muito importante, pois a CNV é parte fundamental para aplicar a metodologia das Práticas Restaurativas e, por conseguinte os Círculos de Construção de Paz (CCP).

No próximo encontro a pesquisadora passa a ser a facilitadora e coloca em prática o método do CCP. Este é um processo estruturado para organizar a comunicação em grupo, a construção de relacionamentos, a tomada de decisões e a resolução de conflitos de maneira eficiente (BOYES-WATSON, PRANIS, 2011). Para Pranys (2018) este método é útil quando as pessoas precisam tomar decisões conjuntas; discordam; precisam tratar de alguma experiência que resultou em danos para alguém; para se trabalhar em equipe; quando desejam celebrar; partilhar dificuldades, e aprender uns com os outros.

O processo do círculo acontece por meio do "contar histórias". Entende-se que cada sujeito tem uma história, e cada uma destas histórias traz consigo uma lição. Histórias, que são capazes de unir as pessoas pela sua humanidade comum, apreciando a profundidade, bem como a beleza da experiência humana (PRANIS, 2018). Para Zher, (2017) os círculos são uma modalidade de democracia participativa.

Para tanto, de acordo com Pranis (2018) é necessário utilizar-se de elementos estruturais e intencionais para que o processo aconteça. A realização do CCP foi de acordo com o preconizado por Boyes-Watson, Pranis (2011). Para sua realização, os participantes estavam sentados em círculo, sem nenhum móvel no meio, onde alguns componentes/ elementos estruturais fizeram parte do processo, sejam eles: **cerimônia de abertura, peça central, discussão de valores e diretrizes, objeto da palavra, perguntas norteadoras, cerimônia de fechamento.**

Destaca-se, que o facilitador ou guardião do CCP contribui na criação e manutenção de um espaço coletivo. Deve ser capaz de estimular as reflexões em grupo por meio de perguntas ou pautas sem "controlar" as questões que surgirão (Pranis, 2018). A cerimônia

de abertura tem o intuito de marcar o Círculo como espaço sagrado mobilizando todos os aspectos da experiência humana, sejam eles: emocional, espiritual, físico e mental.

A **peça central** cria um ponto de foco que apoia o "falar e o escutar com o coração". Esta peça fica no chão, dentro do espaço aberto pelo círculo. Quanto ao **objeto da palavra**, tem o papel de permitir que aquele que está de posse do objeto possa falar sem interrupções, o que permitirá aos ouvintes se concentrarem na escuta (atenta). A escolha fica a critério do facilitador ou do grande grupo. Neste caso, a escolha foi uma girafa de pelúcia, simbolizando a CNV.

A rodada de check-in foi realizada com a seguinte pergunta: "Como você está se sentido hoje"? Neste momento, as participantes puderam falar como se sentiam, e quais eram as expectativas sobre a prática em andamento.

Na projeção de um espaço que seria próprio, único e seguro, em encontro anterior foram definidas as diretrizes e valores do grupo, de modo que todos as participantes puderam participar ativamente deste momento trazendo singularidade ao grupo. Então, os valores e diretrizes são retomados a cada encontro, e caso haja necessidade é possível inserir outros. Dentre as diretrizes foram elencadas a escuta atenta, confidencialidade, respeito, e respeito ao objeto da palavra, o que leva a crer que há uma necessidade de ser ouvido e ter o seu lugar de fala garantido. De acordo com as diretrizes propostas, o grupo já se mostrou sensibilizado com a fala sobre a CNV, pois trouxeram para o círculo a escuta atenta, a observação e a empatia (componentes da CNV), ratificando a importância deste modo de comunicação no ambiente da ESF. Quanto aos valores, foram elencados entre outros, amor e e dignidade.

Assim, retomadas as diretrizes e valores foi proposta a atividade principal, que teve como objetivo a identificação de fontes de apoio das profissionais**.** A necessidade de se trabalhar este tema surgiu no primeiro encontro, quando as particiantes relataram fragilidades nas redes de apoio social dos usuários que são assistidos pela ESF. Acredita-se que ao identificarem suas redes de apoio, seriam capazes de conduzir os usuários a identificarem suas próprias redes. Após, foram realizadas algumas perguntas, que as fizesssem pensar em quais pessoas poderiam contribuir com algumas situações hipotéticas, e assim oportunizar a "organização" de um "mapa" que ilustraria suas redes de apoio.

Após compartilharem seus "mapas" todos conseguiram visualizar sua rede de apoio social. As participantes conseguiram compreender-se com parte fundamental da rede de apoio social da comunidade, pois conseguiram trazer para o centro da discussãoo vários relatos em que foram parte fundamental para o desfecho de determinadas situações ocorridas na comunidade. A atividade contribuiu sobremaneira, para que pudessem reconhecer a importância do trabalho que realizam no serviço de saúde, e por conseguinte, na comunidade.

Posteriormene, na hora do check-out foi realizada uma dinâmica que pudesse fortalecer a relação e o apoio entre as participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermeira gestora relatou sua necessidade de compreender melhor os relacionamentos interpessoais, melhorar a comunicação entre equipe e entre a equipe e usuários logo no primeiro encontro. Ao final das atividades disse já perceber mudanças na equipe, desde o primeiro encontro com todas as participantes. Neste mesmo compasso, as participantes relataram que pouco a pouco estavam incorporando os conceitos e técnicas apreendidas no ambiente de trabalho, bem como nas suas vidas pessoais, sinalizando o bem-estar que sentiram desde o primeiro contato com a CNV e com as práticas restaurativas.

Ressalta-se que a metodologia proposta está ao alcance de toda a equipe. A ideia de se trabalhar com a CNV, as práticas restaurativas e o CCP na APS é inovadora e de fácil acesso, haja vista o baixo custo para sua realização ampliando o acesso da população aos serviços, uma vez que as práticas são inclusiva podendo beneficiar diretamente os usuários. Uma equipe capacitada adequadamente e que domine tais técnicas é de suma importância considerando que tais técnicas poderão ser compreendidas como ferramentas primordiais para um melhor desfecho em várias situações corriqueiras nestes serviços, tais como: melhorar a adesão de tratamentos, resolução de conflitos entre equipe-equipe, gestão-equipe e usuário-equipe, acolhimento, formação de vínculos, escuta atenta e atendimento humanizado. Desta forma, contemplando um dos principais princípios da APS, a integralidade.

REFERÊNCIAS

AMESTOYA, S. C.; BACKES, V. M. S.; THOFEHRN, M. B.; MARTINI, J. G.; MEIRELLES, B. H. S.; TRINDADE,L. L. **Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar**, Rev Gaúcha Enferm, v. 35, n. 2, p.79-85, 2014.

BRASIL. (Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. **Resolução 3, de 07 de novembro de 2001: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Brasília (DF); 2001. p. 37)

______. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2007. (Coleção progestores: para entender a gestão do SUS, 8).

______. *Ministério da Saúde*. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BOYES-WATSON, C.; PRANIS, K. **No coração da esperança: guia de práticas circulares: o uso de círculos de construção da paz para desenvolver a inteligência emocional, promover a cura e construir relacionamentos saudáveis**/tradução: Fátima De Bastiani. – [Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas], c2011. 280 p.

DUZZO, Rosana de Lima. **A Justiça Restaurativa no contexto das medidas de proteção**. In: BRANCHER, Leoberto; SILVA, Susiâni. *Justiça para o século 21: Semeando Justiça e Pacificando Violências – três anos da experiência da Justiça Restaurativa na Capital Gaúcha*. Porto Alegre: Nova Prova, 2008.

DUARTE, M.L.C., Boeck, J.N. **O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família**. Trab Educ Saúde 2015.

GUERRA, S. T.; PROCHNOW, A.G.; TREVIZAN, M. A.; GUIDO, L.A. **O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar**. Rev Lat-Am Enfermagem, v.19, v.2, p. 362-369, 2011.

LEVCOVITZ E; LIMA LD; MACHADO CV. **Política de saúde nos anos 90 : relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. *Ciên. Saúde Coletiva*, v. 6; n.2, p. 269-291, 2013.

PUCCI, V. R.; DUARTE, F. R. **Círculos de Construção de Paz: a Comunicação Não Violenta e sua Interface com a área da saúde**. Entrementes. Anais da 15ª semana acadêmica da FADISMA, 2019. Acesso em 17/01/2020. Disponível em: http://sites.fadisma.com.br/entrementes/anais/wp-content/uploads/2019/04/circulos-de-contrucao-de-paz-a-comunicacao-nao-violenta-e-sua-interface.pdf.

PRANIS, K. **Processos Circulares de construção de paz**. Trad. Tônia Van Acker. São Paulo. 3ª edição, Palas Athena, 2018.

ROSENBERG, M.B. **Comunicação Não Violenta. Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. São Paulo: Editora Ágora, 2006.

SILVA, G. S.; DINIZ, B. G.; ROSA, V. G. **Administração de conflitos: análise de percepções de enfermeiros gerentes**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v.2, n.3, p.358-368, 2012.

(SCHERER, M.D.A; Pires D, Schwartz, Y. **Trabalho coletivo: desafio o para gestão**. Rev. Saúde Pública, v.43, n. 4, p.721-5, 2009.

SHIMIZU, H. E.; RAMOS, M. C. **Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal**. Rev Bras Enferm. v. 72, n. 2, p. 385-92, 2019.

ZEHR, H. ***Justiça Restaurativa*** ; tradução HACKER, TV. 2. ed. São Paulo, Palas Athena, , 2017.

CAPÍTULO 3

A POLÍTICA DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA SAÚDE E A AGENDA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 03/12/2020

Fotini Santos Toscas
Instituto de Saúde
São Paulo - SP
http://lattes.cnpq.br/7159843552929467

Thiago Rodrigues Santos
Ministério da Saúde
Brasília – DF
http://lattes.cnpq.br/4462482677853990

Flavia Caixeta Albuquerque
Universidade Católica de Brasília
Brasília – DF
http://lattes.cnpq.br/4236604656682781

Karina Pires Nogueira
Ministério da Saúde
Brasília – DF
http://lattes.cnpq.br/7119041792763274

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de atendimento médico público do mundo, criado em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, que determina que o acesso à saúde é direito de todo cidadão. Nesse sentido, ressalta-se o papel central de políticas públicas para o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (CIS). A construção de um sistema universal de saúde, que atenda à demanda sanitária da população, pressupõe o crescimento da base produtiva da saúde no país, o que inclui a constituição de uma dinâmica endógena de inovação em saúde. As políticas, programas e ações construídos para o CIS visam o seu fortalecimento, de forma a garantir e promover os avanços necessários para atendimento às demandas prioritárias do SUS, contribuindo, desta forma, a ampliação do acesso e na redução da sua vulnerabilidade. No período de 2015 até a elaboração deste estudo, o Governo Federal não instituiu nova Política Industrial. Entretanto, as ações para o CIS continuaram a ser implementadas com a intenção de dar robustez e consolidação de sua atuação para o setor da saúde. O lançamento da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), instituída pelo Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro de 2017, pode promover a segurança jurídica necessária para o fortalecimento do CIS e desenvolvimento sustentável da Agenda 2030.
PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Tecnológico; Desenvolvimento Industrial; Sistema Único de Saúde.

THE POLICY ON TECHNOLOGICAL INNOVATION IN HEALTH AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT AGENDA

ABSTRACT: The Health Unic System (SUS) is one of the largest public medical care systems in the world, created in 1988 with the promulgation of the Federal Constitution, which establishes that access to health is the right of every citizen. In this sense, the central role of public policies for the development of the Health Industrial Complex (CIS) is highlighted. The construction of a universal health system, which meets the population's health demand, presupposes the

growth of the country’s health production base, which includes the creation of an endogenous dynamics of health innovation. The policies, programs and actions developed for the CIS are aimed at strengthening them, in order to guarantee and promote the necessary advances to meet the priority demands of SUS, thus contributing to broadening access and reducing their vulnerability. In the period of 2015 until the elaboration of this study, the Federal Government did not institute new Industrial Policy. However, actions for the CIS continued to be implemented with the intention of strengthening and consolidating its actions in the health sector. The launch of the National Policy on Technological Innovation in Health (PNITS), instituted by Decree 9.245, of December 20, 2017, can promote the legal security necessary to strengthen the CIS and sustainable development of Agenda 2030.
KEYWORDS: Technological Development; Industrial Development; Health Unic System.

1 I INTRODUÇÃO

Conforme previsto em seus artigos 196 e 198 da Constituição Federal, a saúde é um direito fundamental, social e de caráter universal. Desta forma, este direito universal e dever do Estado, considerado na Carta Magna, permite o acesso integral a produtos e serviços de saúde de forma equânime e integral. Consoante a esta obrigatoriedade, o próprio Estado reconhece seu papel (Brasil, 1988), em conformidade com sua realidade, na promoção e acesso à saúde pela população.

Diante desta normativa, o Estado torna-se imprescindível na formulação, proposição e execução de ações na área da saúde, integrando-as com o sistema de produção, inovação e desenvolvimento, destinando seus esforços à ampliação do acesso, à promoção da saúde e qualidade de vida da população brasileira.

Assim, nos últimos anos foram registrados avanços expressivos nas estratégias do Ministério da Saúde direcionadas ao Complexo Industrial da Saúde (CIS). Para Gadelha et al. (2013) o CIS é formado por setores (Indústria Farmacêutica e Indústria de Equipamentos e Materiais). Neste conjunto os setores são compostos por subsistemas delimitados da seguinte forma:

- “subsistema de base química e biotecnológica, envolvendo a indústria farmacêutica, de vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico;
- subsistema de base mecânica, eletrônica e de matérias, englobando as indústrias de equipamentos médico--hospitalares e de materiais médicos;
- subsistema de serviços, abrangendo a produção hospitalar, laboratorial e serviços de diagnóstico e tratamento”.

As políticas, programas e ações construídos para o CIS visam o seu fortalecimento, de forma a garantir e promover os avanços necessários para atendimento às demandas prioritárias do SUS, contribuindo, desta forma, na ampliação do acesso e na redução da sua vulnerabilidade. Esta condição está diretamente relacionada ao crescimento acelerado das demandas geradas pelo sistema de saúde e implica atuação efetiva do Ministério da

Saúde (MS) no âmbito do CIS.

Neste sentido, o extinto Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS) atuava na proposição, implementação e avaliação das políticas voltadas à estratégia nacional de fomento, fortalecimento, desenvolvimento e inovação no contexto do CIS, contribuindo para a garantia do acesso integral à saúde e para a redução da vulnerabilidade do SUS. O modelo de gestão exercido até maio de 2019 pelo DECIIS permitia que as estratégias de atuação fossem alinhadas a uma visão de futuro possibilitando que o planejamento da ação governamental se utilizasse de uma perspectiva mais abrangente das políticas públicas contemplando suas diversas interfaces. Neste estudo, a proposta é apresentar a evolução da importância do CIS nas políticas públicas considerando os avanços na normatização e execução das ações destinadas ao seu fortalecimento e sua consolidação.

Nesta perspectiva, o MS esteve envidado esforços para uma atuação convergente entre as Políticas de Saúde, Industrial e de Ciência, Tecnologia e Inovação, em especial no que tange a racionalização e otimização do uso do poder de compra, redução dos custos de aquisição para o SUS e ampliação do acesso, como também permitindo o desenvolvimento de competências tecnológicas estratégicas para o País.

2 | METODOLOGIA

Para construção deste trabalho foi realizado um levantamento das informações em documentos técnicos elaborados pelo DECIIS/MS e instrumentos normativos vigentes relativos às políticas, programas e ferramentas destinadas ao CIS. Por meio de consultas ao sitio eletrônico do Ministério da Saúde, foram pesquisados os conteúdos relacionados ao CIS, com objetivo de levantar os principais programas, ferramentas e ações que subsidiam a execução da política do CIS pelo Governo Federal.

Visando subsidiar a reflexão, objetivou-se avaliar os avanços das políticas que contemplaram o CIS. Para tal foram levantados os principais instrumentos normativos das referidas ações para que fosse possível verificar sua relevância e continuidade.

Dentre os principais documentos analisados neste estudo está o Relatório Anual de Gestão (RAG), que é o instrumento de gestão com elaboração anual, que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Cabe destacar que o referido relatório é elaborado por determinação do disposto na Instrução Normativa TCU nº 63, de 1º de setembro de 2010, da Decisão Normativa TCU nº 161, de 01 de novembro de 2017, e nas orientações do órgão de controle interno.

Quanto à análise dos instrumentos normativos vigentes, foram levantados os trabalhos realizados na construção da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), incluindo os registros das reuniões do Grupo Executivo do Complexo Industrial

da Saúde (GECIS), realizadas no período de 2016 e 2017. Em consonância às ações de incentivo à inovação e a pesquisa científica e tecnológica foi analisado o trabalho de regulamentação da Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016, por meio do Decreto nº 9.283, de 07 de fevereiro de 2018.

Foram priorizadas para esse estudo, as ferramentas previstas na Política Nacional de Inovação Tecnológica estratégicas na Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030. O estudo considerou as estratégias e iniciativas pertinentes ao Objetivo 3 – Saúde e Bem-Estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Desta forma e diante dos critérios estabelecidos, o estudo discutirá os instrumentos estratégicos da Política Nacional de Inovação Tecnológica e suas potencialidades para alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo a Portaria nº 1.419, de 08 de junho de 2017, era competência do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde, ações destinadas à ampliação do acesso da população a produtos estratégicos e ao desenvolvimento de competências tecnológicas estratégicas para o País.

Diante destas atribuições institucionais o DECIIS vinha atuando na construção de políticas, programas e ações para o fortalecimento do CIS. Historicamente, as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento tecnológico e inovação no âmbito do CIS estão sendo contempladas. Segundo, Gadelha e Costa (2013), a vinculação estratégica da saúde nas políticas prioritárias do Governo inicia em 2013:

> "A institucionalização do caráter estratégico da saúde pode ser observada a partir da retomada das ações de política industrial para a área e, em 2003, é lançada a Política Industrial e Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), que situa a cadeia produtiva farmacêutica como estratégica, dado articular tecnologias portadoras de futuro, a exemplo da nanotecnologia, biotecnologia e química fina. Além disto, o lançamento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, também reflete o protagonismo da saúde, que, entretanto, passa a ter sua importância reconhecida de forma mais sistemática a partir de 2007. Observou-se, na época, grande convergência nas orientações macropolíticas do governo. (Gadelha e Costa, 2012b)".

Em 2007, o CIS passa a compor o eixo 3 do Programa Mais Saúde, sendo definidas diretrizes e medidas para o fortalecimento do Complexo. Em 2008, retomando a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), cuja vigência foi de 2003 a 2007, foi lançada a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), com vigência de 2008 a 2010, na qual o CIS é classificado como área estratégica. Criado em 2011, a Política Industrial denominada Plano Brasil Maior (2011-2014), dividida em Diretrizes Estruturantes, classificou o Complexo da Saúde como um dos 19 setores estratégicos da política com foco

na inovação e na competitividade das respectivas cadeias produtivas.

No período de 2015 até a elaboração deste estudo, o Governo Federal não instituiu nova Política Industrial. Entretanto, as ações para o CIS continuaram a ser implementadas com a intenção de dar robustez e consolidação de sua atuação para o setor da saúde. Neste escopo destaca-se, a publicação do novo Marco Legal da Ciência, Tecnologia e Inovação, instituído pela Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016, e regulamentado pelo Decreto nº 9.283, de 07 de fevereiro de 2018.

Cumpre destacar, ainda, o lançamento da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), instituída pelo Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro de 2017. Este normativo regulamenta o uso do poder de compra do Estado em contratações e aquisições que envolvam produtos e serviços estratégicos para o SUS no âmbito do CIS e dispõe sobre o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde - GECIS e o Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil (FPAS).

A PNITS contempla, ainda, três instrumentos estratégicos: Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde e Medidas de Compensação na Área da Saúde.

Em relação ao ODS identificado para alinhamento ao presente estudo: *Saúde e Bem-Estar* (Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades), mais especificamente a meta que visa a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos, se faz oportuno destacar os instrumentos estratégicos previstos na PNITS.

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) envolvem a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do país. De 2009 a 2018, 109 PDP foram estabelecidas, as quais abarcaram diferentes tipos de produtos – vacinas (4,8%), medicamentos (87,15%) e produtos para saúde (8,2%) e, portanto, envolvem níveis de complexidade distintos de transferência e absorção de tecnologia (Brasil, 2018). As indicações terapêuticas dos produtos também são variadas, incluindo produtos para doenças raras, doenças negligenciadas e doenças crônicas não-transmissíveis.

As Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETCS) e Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS), que ainda não dispõem de regulamentação específica, mas são conceituadas da seguinte forma:

"Art. 13. A ETECS, à qual se aplica o disposto no art. 20 da Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, e no inciso XXXI do caput do art. 24 da Lei nº 8.666, de 1993, e de sua regulamentação, tem como objetivo a contratação de ICT, de entidades de direito privado sem fins lucrativos ou de empresas, isoladamente ou em consórcios, voltadas

para atividades de pesquisa e de reconhecida capacitação tecnológica no setor, para a realização de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação que envolvam risco tecnológico, para solução de problema técnico específico ou para a obtenção de produto, serviço ou processo inovador na área de saúde.

Art. 15. As MECS, no âmbito da PNITS, às quais se aplica o disposto no § 11 do art. 3º da Lei nº 8.666, de 1993, e de sua regulamentação, priorizarão o desenvolvimento e a capacitação tecnológicos no País relacionados aos produtos e serviços estratégicos para o SUS".

Destaca-se ainda a instituição do Grupo de Trabalho para elaborar proposta de portaria interministerial para a implementação da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde – PNITS, por meio da Portaria nº 2.680/2018, cujo um dos objetivos é estabelecer o marco legal para definição de aplicação das ETECS e MECS, além de revisar a normativa vigente das PDP.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulamentação, implementação, difusão e uso da PNITS podem promover a segurança jurídica necessária para o fortalecimento do CIS e desenvolvimento sustentável da Agenda 2030.

A extinção do DECIIS e a pendência de regulamentação do GECIS não permitem a devida continuidade das ações que estavam em curso. Durante o período da pandemia do coronavírus, restou evidente a necessidade de fortalecer a articulação entre os atores que compunham o GECIS e principalmente o protagonismo do Ministério da Saúde enquanto formulador de políticas públicas.

AS PDP têm sido um importante instrumento para a indução de um desenvolvimento sustentável, identificam-se ainda outros desafios a serem enfrentados para a implantação efetiva das PDP, portanto, alterações no formato com objetivo de aprimorar o desempenho das parcerias são desejáveis. Como também possibilidades de melhorias no marco normativo atual, para que o acesso a medicamentos estratégicos por parte da população seja concretizado.

Assim, podem ser necessárias adequações no modelo atual, como as identificadas pelos atores envolvidos com a iniciativa – especialização de laboratórios públicos em plataformas produtivas; conjugação de produtos de alto e baixo valor agregado e articulação a outros incentivos financeiros – ou a implantação de novas estratégias, como o desenvolvimento de PDP de pesquisa, desenvolvimento e inovação.

As ETCS têm papel de destaque como ferramenta para desenvolvimento sustentável, já que oportunizam a contratação de serviços tecnológicos que podem promover a capacidade de absorção de tecnologias e geração de conhecimentos, além de mudar a lógica do fomento a partir da necessidade da demanda assistencial.

Os instrumentos previstos na PNITS podem colaborar com a ampliação da capacidade de desenvolvimento produtivo e de novas soluções para os enfretamentos globais de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, cit.

BRASIL. **Decreto nº 9.283, de 07 de fevereiro de 2018**, que regulamenta a Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016**, que dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, a Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, nos termos da Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/ MS nº 05, de 28 de setembro de 2017**, anexo XCV, que dispõe dos critérios para definição da Lista de Produtos Estratégicos para o SUS e do estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e dos respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.419, de 08 de junho de 2017** que aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **DECISÃO NORMATIVA-TCU Nº 161, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2017**. Dispõe acerca das unidades cujos dirigentes máximos devem apresentar relatório de gestão e demais informações referentes à prestação de contas do exercício de 2017, especificando a forma, os conteúdos e os prazos de apresentação, nos termos do art. 3º da Instrução Normativa TCU nº 63, de 1º de setembro de 2010.

GADELHA, CAG, MA Vargas, JMS Maldonado, PP Barbosa. **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema Nacional de Inovação em saúde.** Revista Brasileira de Inovação, Campinas (SP), 12 (2), p. 251-282, julho/dezembro 2013.

GADELHA, CAG., and COSTA, LS. **A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 103-132. ISBN 978-85- 8110-015-9. *Available from* SciELO Books <http://books.scielo.org>

Ministério da Saúde (BR). **Apresentação do Complexo Industrial da Saúde**, disponível em: http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/apresentação, acesso em setembro de 2018.

Ministério da Saúde (BR). Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) segundo fases do processo (anexo XCV a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 (antiga Portaria GM/MS nº 2.531/2014), disponível em: http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/parceria-para-o-desenvolvimentoprodutivo-pdp, acesso em setembro de 2018.

CAPÍTULO 4

ALEITAMENTO MATERNO E INCLUSÃO DAS MÃES SURDAS: O QUE MOSTRAM AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão 06/11/2020

Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares
Universidade Estadual do Ceará
PPCCLIS/Enfermagem
Fortaleza-CE
https://orcid.org/0000-0003-4398-2633

Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva
Universidade Estadual do Ceará
PPCCLIS/Enfermagem
Fortaleza-CE
https://orcid.org/0000-0003-4059-5849

Maria Roselise Bezerra Saraiva
Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC
Fortaleza-CE
https://orcid.org/0000-0003-4874-9013

Camila Almeida Leandro
Universidade Estadual do Ceará, CCS
Enfermagem
Fortaleza – CE
http://lattes.cnpq.br/0035302001981392

Camila Cristine Tavares Abreu
Universidade de Fortaleza, UNIFOR
Fortaleza-CE
http://lattes.cnpq.br/6609609345561565

Edna Maria Camelo Chaves
Universidade Estadual do Ceará
PPCCLIS/Enfermagem
Fortaleza – CE
https://orcid.org/0000-0001-7752-3924

RESUMO: sabe-se que ao atender mulheres surdas que estejam vivenciando a gravidez, o parto e/ou pós-parto os cuidados e orientações deverão ser redobrados. O planejamento da assistência deverá ser planejado tentando ajudar a mulher a transpor os obstáculos, medos e vulnerabilidades que são impostos pela impossibilidade de escutar, falar e da própria gravidez. Objetivou-se analisar as produções científicas sobre a comunicação profissional nas orientações de aleitamento materno para mães surdas. Trata-se de uma revisão integrativa, com busca realizada nas bases de dados PubMed indexados no Medline Journals; Web of Science; CINAHL; SCOPUS; COCHRANE; EMBASE; LILACS e na Biblioteca Virtual da Saúde, realizada no mês de outubro de 2020, com a equação de busca: Surdez (Deafness) AND Aleitamento materno (Breastfeeding) AND Enfermagem (Nursing). Foram encontrados 937 artigos, contudo apenas 01 atendia ao objetivo. O artigo estava no idioma inglês, no ano 2013, a base de origem foi a PubMed, no periódico *Pregnancy and Childbirth*. O artigo foi uma análise retrospectiva que acompanhou mulheres gestantes, parturientes e puérperas com e sem algum tipo de deficiência declarada. Foi perceptível a invisibilidade da mulher, quer seja surda ou com outra deficiência, tanto para a comunidade acadêmica, quanto para a assistência realizada. No que tange ao incentivo da amamentação, escolha da posição de parto, presença do companheiro e analgesia da dor durante os estágios do parto, as mulheres com deficiência demonstraram que seus pedidos não foram atendidos.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno, surdez, enfermagem.

BREASTFEEDING AND INCLUSION OF DEAF MOTHERS: WHAT SCIENTIFIC EVIDENCE SHOWS

ABSTRACT: it is known that when attending deaf women who are experiencing pregnancy, childbirth and / or postpartum care and guidance should be redoubled. Care planning should be planned in an attempt to help women overcome the obstacles, fears and vulnerabilities that are imposed by the impossibility of listening, speaking and the pregnancy itself. The objective was to analyze the scientific productions about professional communication in breastfeeding guidelines for deaf mothers. It is an integrative review, search performed in PubMed databases indexed in Medline Journals; Web of Science; CINAHL; SCOPUS; COCHRANE; EMBASE; LILACS and the Virtual Health Library, held in October 2020, with the search equation: Deafness (Deafness) AND Breastfeeding AND Nursing (Nursing). 937 articles were found, however only 01 met the objective. The article was in English, in 2013, the source was PubMed, in the journal Pregnancy and Childbirth. The article was a retrospective analysis that followed pregnant women, parturients and mothers with and without some type of declared disability. The invisibility of the woman was noticeable, whether she is deaf or with another disability, both for the academic community and for the assistance provided. Regarding the encouragement of breastfeeding, choice of delivery position, presence of a partner and pain analgesia during the stages of delivery, women with disabilities demonstrated that their requests were not met.
KEYWORDS: Breastfeeding, deafness, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, estima-se que existam 278 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência auditiva (DA), em torno de 4,6%, desses 2/3 residem em países em desenvolvimento. A incidência da DA é de um a três a cada 1.000 nascidos vivos (THOMAZ *et al*., 2019).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 23,9% da população possui algum tipo de deficiência, correspondendo a 45,6 milhões de pessoas, das quais 9,7 milhões apresentam alguma deficiência auditiva, e 347.481 autodeclararam surdos. Quanto às mulheres, 4% daquelas com idade entre 15 e 64 anos possuem algum grau de deficiência auditiva. O Censo constatou que a prevalência de deficiências com maior incidência estavam: deficiência visual (18,6%), seguida deficiência motora (7%), deficiência auditiva (5,1%) e deficiência intelectual (1,4%) (IBGE, 2012).

Ainda não existe um consenso sobre como uma deficiência pode ser definida. Entretanto, a Classificação Internacional de Funcionalidade Deficiência e Saúde (ICF) compreende como abrangente, bem como relacionadas com limitações para a realização de atividade, e mesmo restrições de participação. Acrescenta que essa “deficiência” é de contexto variável, dinâmico com o tempo e devem ser observadas

as circunstâncias, mas sua prevalência está relacionada ao status social e econômico (REDSHAW *et al.*, 2013).

Quando se pensa na deficiência deve-se, ainda, considerá-la partindo de um fenômeno complexo, além de refletir sobre a interação que existe entre as características de uma pessoa e as características da sociedade a qual está inserida (REDSHAW *et al.*, 2013)

Assim, considera-se a deficiência auditiva como uma perda parcial ou total da capacidade de detectar os sons, dentre as causas estão a má-formação (causa genética) ou uma lesão do aparelho auditivo. O surdo é toda pessoa que não consegue ouvir, ou seja, ausência da audição. Já o parcialmente surdo é aquele que possui capacidade parcial de ouvir, pois faz uso de prótese auditiva, para os tipos de deficiência auditiva ainda existem a condutiva, a mista, a neurossensorial e a central (SANCHES *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa deficiência ou deficiência auditiva torna difícil a pessoa de perceber as dimensões do som, exigindo o uso de recursos especiais. Contudo, não obstante a surdez e a dificuldade de ouvir, os surdos relatam as várias barreiras nas organizações do sistema de saúde, bem como a falta de pessoal qualificado para atender suas necessidades, trazendo medo por não conseguirem explicar e serem compreendidos de forma inadequada (FUENTES *et al.*, 2019)

No Brasil, quando se fala em inclusão de pessoas com algum grau de deficiência, sabe-se que é muito incipiente. Quer sejam nos locais de trabalho, acesso aos serviços de saúde (locomoção ou transporte), muitas pessoas deficientes são discriminadas diariamente na sociedade (COSTA *et al.*, 2018).

Essa dificuldade de inclusão relaciona-se com a forma de comunicação, pois na assistência de saúde, os profissionais não foram adequadamente treinados para compreender e falar a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Assim, quando o surdo procura a assistência de saúde esbarra na falta de habilidade para comunicação de todos que atendem, desde a portaria até na sala de parto, por exemplo. E essa falha de comunicação com a equipe, possibilita uma lacuna de interpretação e integração e inclusão diante de uma assistência à saúde individualizada e integral (SANCHES *et al.*, 2019).

Realizar um atendimento de qualidade inicia com a realização de ações que cada indivíduo necessita, trazendo satisfação para quem é assistido, uma adequação da prática clínica e a excelência do atendimento. Esses três atributos de qualidade permitem que todos sejam incluídos na assistência (FUENTES *et al.*, 2019), porém ainda existe uma carência de profissionais capacitados para se comunicar com pessoas surdas, cegas ou com outras deficiências.

A forma de comunicação é o que possibilita uma interação entre as pessoas, mas como a linguagem de sinais, LIBRAS, não existe uma obrigatoriedade na constituição para o ensino ou a inclusão, os profissionais se deparam na ausência da comunicação para entender a mensagem enviada pelo paciente (SANCHES *et al.*, 2019) Por vezes, os

profissionais solicitam intérpretes familiares, mas quando não existem os acompanhantes para transmitir as mensagens como fica a assistência?

Essa complicada interação com os profissionais de saúde é uma das barreiras para o acesso dos surdos no atendimento de saúde, prevenção, tratamento e cuidados de saúde (FUENTES *et al*., 2019).

Para as mulheres surdas que vivenciam a gravidez, o parto e o pós-parto, os cuidados e orientações devem ser redobrados, além de serem realizadas tentando ajudar a mulher a transpor os obstáculos, medos e vulnerabilidades que são impostos pela impossibilidade de escutar, falar e da própria gravidez (NASCIMENTO, 2011; COSTA *et al*., 2018).

O que se vê é a mulher surda sendo considerada incapacitada e, assim sendo, não se relaciona, pois possui um corpo assexuado. Outro ponto que merece atenção é que mulher surda, além da discriminação por ser mulher, sofre quando precisa de tratamento devido a deficiência, para isso torna-se oportuna à realização de estudos que abordem como a mulher surda se vê e é ouvida na sociedade (COSTA *et al*., 2018).

Cabe lembrar, que o processo de comunicação entre a enfermagem e a mulher surda é imprescindível, pois possibilita a existência de um convívio social, além de dividir momentos, as ideias, dúvidas, favorecer a troca de informações e própria compreensão para os envolvidos através da fala, dos gestos ou mesmo da expressão facial. Pois, quando essa comunicação não eficaz compromete diretamente a qualidade do atendimento, o que não contribui para melhorias na assistência, além de inviabilizar a inclusão (CUNHA *et al*., 2019)

Dessa forma, conhecer Libras para conseguir essa comunicação, torna-se primordial para os profissionais de saúde entenderem e atenderem a mulher surda em seus diferentes momentos, não só na gestação, mas no parto e pós-parto quando surgem as dúvidas sobre aleitamento materno, minimizando a possibilidade de um desmame precoce. Logo, surgiu a necessidade de avaliar a comunicação profissional com orientação sobre aleitamento materno para mães surdas.

2 I OBJETIVO

Analisar as produções científicas sobre a comunicação profissional nas orientações de aleitamento materno para mães surdas.

3 I MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, para isso seguiram-se os 6 passos de Mendes, Silveira e Galvão (2008), a saber: identificação do tema, critérios de inclusão; escolha das informações extraídas; avaliação dos artigos que foram incluídos, interpretação dos resultados com apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, a pergunta norteadora partiu da estratégia PICO: quais as principais evidências científicas sobre a comunicação profissional nas orientações de aleitamento materno para mães surdas? A busca foi feita nas bases de dados PubMed que estivessem no Medline Journals; Web of Science; CINAHL; SCOPUS; COCHRANE; EMBASE; LILACS e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), realizada no mês de outubro de 2020.

Foram selecionados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subjetc Headings (MeSH), utilizando-se a equação de busca: Surdez (Deafness) AND Aleitamento materno (Breastfeeding) AND Enfermagem (Nursing).

Para os critérios de seleção, optou-se pelos estudos primários, disponíveis em português, inglês ou espanhol, na íntegra e que respondessem à questão norteadora. Foram excluídas produções tipo nota técnica, resumos de congressos e carta aberta.

Após realizar as primeiras buscas foram encontrados 342 artigos, distribuídos da seguinte forma: PUBMED 289; Web of Science 1 artigo; SCOPUS 52 artigos, já a BVS e CINAHL não mostraram nenhum artigo.

Foram encontrados 937 artigos, após a primeira avaliação, 886 foram excluídos por serem livros, resumos de congressos, falarem de outras temáticas ou não atendiam aos critérios de seleção, ficando 47 artigos para a segunda avaliação. Assim, 20 artigos foram excluídos por serem de revisão ou repetidos, seguindo 27 artigos para a próxima etapa. Na terceira etapa, os 27 artigos foram vistos partindo da estratégia PICO e após a leitura 26 artigos foram excluídos por serem carta ao editor ou nota de autor, ficando apenas 01 artigo que respondiam à questão de busca, de acordo com o fluxograma (Figura 1).
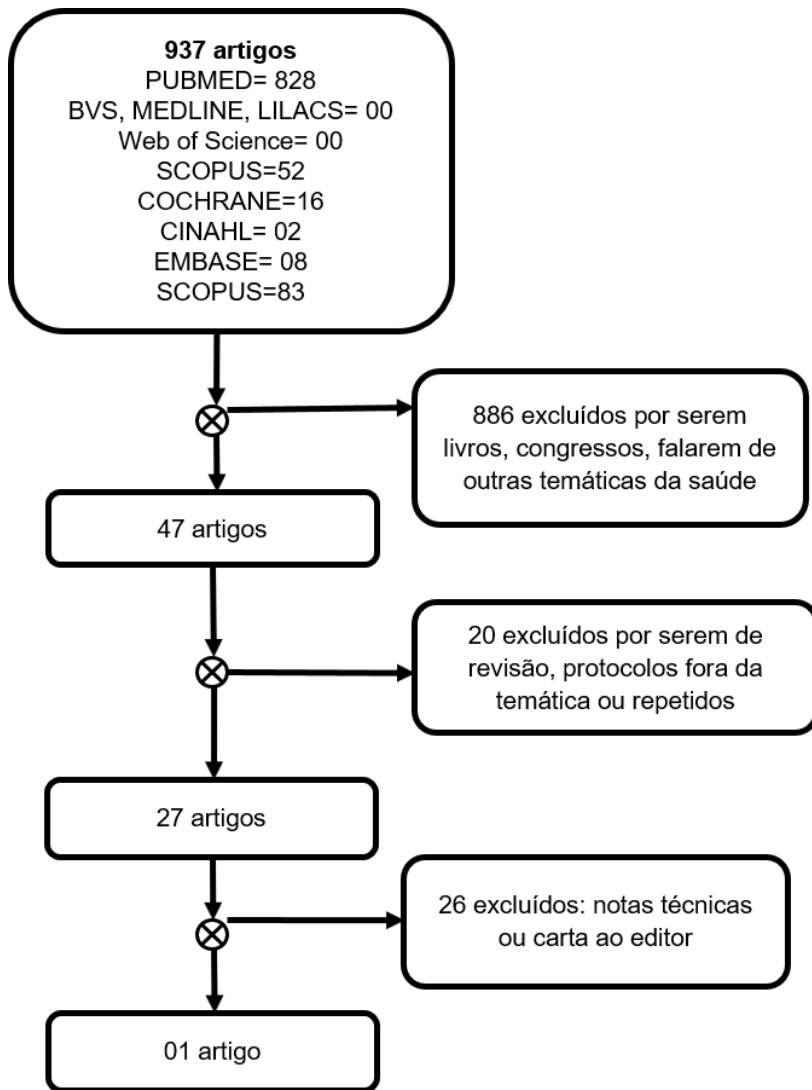
Figura 1: Tabela Prisma de seleção e escolha dos artigos.

Fonte: Pesquisa direta.

Assim, na terceira fase deu-se a extração dos dados dos 01 artigos, o qual foi possível compor o corpus desta revisão, foi usado um instrumento orientado por Galvão (2006) que possibilitou analisar as seguintes variáveis: dados de identificação do artigo; tipo de revista científica; características metodológicas do estudo e avaliar o rigor metodológico.

Foram extraídas as seguintes informações: título, periódico, autores, idioma, base de dados, ano de publicação, características metodológicas do estudo, objetivo ou questão de investigação, características da amostra e resultados. O resultado foi apresentado em

quadro para facilitar a visualização.

Na quarta fase, após analisar o artigo, traçaram-se as explicações, as quais estão apresentadas nos resultados, sempre olhando a questão de busca. Para a quinta fase ocorreu a interpretação do resultado da seleção do artigo. Assim, o estudo foi criteriosamente analisado, para que pudéssemos compreender os resultados e discutir as contribuições. Na sexta e última, ocorreu a apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Logo, o resultado e a discussão de todos os dados obtidos estão apresentados de forma descritiva, para que possibilite uma a avaliação da revisão construída.

4 I RESULTADOS

A busca possibilitou evidenciar apenas 01 artigo, idioma inglês, país de origem foi a Inglaterra, ano de publicação 2013, a base de origem foi a PubMed, no periódico *Pregnancy and Childbirth* (fator de impacto 3.08). O objetivo foi descrever os cuidados realizados pela maternidade durante gravidez, parto e o período pós-natal para mulheres com deficiência; compreender as percepções dos cuidados recebidos durante a gravidez, parto e o período pós-natal das mulheres com e sem deficiência; Comparar as percepções do cuidado recebido por mulheres com diferentes tipos de deficiência e sem deficiência.

Quanto ao delineamento metodológico, o artigo foi uma análise retrospectiva que acompanhou mulheres gestantes, parturientes e puérperas com e sem algum tipo de deficiência declarada. A pesquisa utilizou dados de uma pesquisa anterior (2010) para comparar os achados em 2013; em alguns achados não houve diferença estatística entre os grupos, porém com relação ao incentivo da amamentação, escolha da posição de parto, presença do companheiro e analgesia da dor durante os estágios do parto, as mulheres com deficiência demonstraram que seus pedidos não foram atendidos. Conforme o quadro 1.

Autores	Metodologia	Resultados
Maggie Redshaw*, Reem Malouf, Haiyan Gao Ron Gray	Análise secundária de dados de uma pesquisa com mulheres em 2010 pela English National Health Service Trusts em nome da Comissão de Qualidade da Assistência. 144 mulheres na Inglaterra participaram da pesquisa postal. As mulheres se auto identificaram com deficiência e foram excluídas se tivessem menos de 16 anos ou se o bebê tivesse morrido. O Questionário estruturado de 12 páginas com seções sobre acesso pré-natal, trabalho de parto e nascimento e atendimento pós-natal, informação, comunicação e escolha. Análises descritivas e ajustadas compararam deficientes e não deficientes grupos. Foram realizadas estatísticas descritivas, incluindo frequências e proporções foram calculadas e testes de Qui-quadrado de significância. O método Bonferroni foi aplicado para permitir vários testes de significância com valores p ajustados <0,01 considerado estatisticamente significante. As comparações foram feitas separadamente para cinco subgrupos de deficiência: deficiência física, deficiência sensorial (surdez ou deficiência auditiva severa e cegueira ou visão parcial), problemas de saúde mental, dificuldades de aprendizagem e mulheres com mais de um tipo de deficiência.	Mulheres com deficiência representaram 6,1% da amostra. Mulheres com deficiência tinham 35 anos ou mais, embora a idade média e mediana para ambos os grupos fosse 31 anos. Não houve diferença na paridade, em ambos os grupos eram primíparas, etnia branca. Mulheres com deficiência eram menos propensas a ter um parceiro (79% vs. 87%) e uma proporção maior tiveram prematuros ou com baixo peso ao nascer (BPN) bebê. Ambas as mulheres realizaram acompanhamento pré-natal, mas as com deficiência realizaram mais consultas e exames. As mulheres com deficiência não puderam optar pelo local de parto por razões médicas. Em relação a alívio da dor, não houve diferença entre deficientes e não deficientes no uso de petidina por mulheres (ou medicamento semelhante) ou de anestesia peridural (ou similar). Mulheres com deficiência apresentaram maior probabilidade de ter uma cesariana e este provavelmente foi um procedimento planejado. As mulheres com deficiência não foram respeitadas na escolha da posição durante o parto em comparação com mulheres sem deficiência. Após o nascimento, as mulheres com deficiência permaneceram mais tempo no hospital por três ou mais dias, foram menos estimuladas a colocar o bebê para mamar e para amamentar parcial ou exclusivamente durante os primeiros dias. Durante a gravidez, as mulheres com deficiência relataram que a comunicação profissional era de fácil compreensão e as deixavam envolvidas sobre seus cuidados pré-natais. Quase todas as mulheres em ambos os grupos (92% e 93%) classificaram seus cuidados como 'bons' ou melhor do que 'bom'. Durante o trabalho de parto, as mulheres com deficiência não eram estimuladas a presença do companheiro ou parceiro; aquelas que necessitaram de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto relataram não ter recebido o alívio da dor desejado; sentiram-se só em algum momento, pois foram deixadas sozinhas durante o trabalho de parto e nascimento.

Quadro 1: Autores, metodologia e principais resultados.

Fonte: pesquisa direta.

5 I DISCUSSÃO

Muitas mulheres em idade reprodutiva encontram uma certa dificuldade diante da realização das atividades de vida diária e para as que apresentam alguma condição incapacitante isso não é diferente. Porém, para as mulheres que apresentam as "limitações" o desejo de ser mãe é questionado pela sociedade por não as acharem "habilitadas" para cuidar de um bebê (REDSHAW *et al.*, 2013).

Essas mulheres que apresentam uma “deficiência”, quer seja física, mental ou com mais de um tipo, os resultados evidenciaram que além de lacunas como objeto de pesquisa, as participantes sofreram algum tipo de negligência durante seu atendimento. O cuidado materno, em certa medida, foi atendido, porém diante das relações que as pacientes precisam desenvolver com a equipe não foi visto como positivo (REDSHAW *et al.*, 2013).

Em Londres, a recomendação das Diretrizes de Cuidado diz que todas as mulheres grávidas devem ter acesso aos serviços de saúde. Contudo, as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência podem experienciar desafios para acessar os serviços, além do que as poucas pesquisas existentes que tentam abordar questões de maternidade, entre essa população, geralmente se limitam em sua deficiência, ao invés de sua capacidade de realizar as atividades de maternidade, como mães (REDSHAW *et al.*, 2013).

As mulheres que apresentavam mais de um tipo de deficiência ou problemas de saúde mental não conseguiram relatar uma experiência positiva da assistência durante a gravidez e parto. Com relação ao atendimento, perceberam que não receberam uma atenção não só na comunicação entre a equipe, mas na participação das decisões, quer seja tipo de parto, posição durante o trabalho de parto e nascimento ou amamentação. Mesmo os profissionais de saúde tendo recebido, durante sua formação, treinamento para a comunicação e acompanhamento, não conseguiram realizar esse atendimento de forma eficaz, nem atender às suas necessidades específicas (REDSHAW *et al.*, 2013).

As mulheres que apresentaram algum tipo de deficiência de aprendizagem sofreram discriminação, o que pode comprometer orientações futuras em termos de sua sexualidade e a própria maternidade (REDSHAW *et al.*, 2013).

Foi visto que as mulheres com algum tipo de deficiência procuraram mais os serviços de saúde, participaram mais das consultas pré-natal, exames e cuidados fornecidos na assistência básica, mas no momento do parto não relataram uma experiência positiva.

Quanto a percepção no tempo de internação e explicações sobre recuperação física ou emocional, mudanças ocorridas no pós-parto, não houve diferença estatística significante entre os dois grupos. Porém, o tempo que as mulheres com deficiência ficaram internadas foi considerado maior do que no outro grupo.

Cabe lembrar, que a pesquisa foi enviada por correio para dois grupos de mulheres que apresentavam ou não deficiências, dentre os quais estavam: das 1482 mulheres que se autodeclararam deficientes, quase metade tinha uma deficiência física (doenças crônicas (49%); quase um quarto saúde mental (23%); e proporções menores deficiência sensorial (ser surdo, cego ou parcialmente visuais) (13%), deficiência de aprendizagem (8%) ou mais de um dos tipos anteriores de deficiência (7%). Para as mulheres com deficiência física, relataram algum problema de saúde de longa data que envolvia uma condição física, como paralisia cerebral ou doença de longa data, como asma ou epilepsia (REDSHAW *et al.*, 2013).

Poder escolher o tipo de parto ou mesmo receber analgesia durante o trabalho de

parto, foram considerações unanimes nas respostas das participantes com deficiência. A equipe não atender ao pedido de analgesia ou mesmo deixá-las sozinhas nesse momento, deve ser revisto pelos profissionais. Pois, aliviar a dor ou mesmo ter um acompanhante é um direito do paciente, além do que transmite segurança à paciente, por isso elas classificaram o atendimento do nascimento como ruim.

As orientações quanto amamentação são recomendações da própria Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), o aleitamento materno deve ser continuado até os 2 anos ou mais, sendo exclusivo até os primeiros seis meses de vida do bebê. Com isso, percebe-se que essa não orientação durante a internação dessas mulheres possibilita ao desmame precoce desses bebês.

Todas essas barreiras sociais, as quais as mulheres com alguma deficiência vivenciam, somadas ao conhecimento limitado entre os profissionais saúde, são impeditivos de uma qualidade de assistência. Embora pelas respostas não foi possível detectar as diferenças mais sutis entre os tipos de deficiência, mas foi suficiente para compreender e apresentar as diferenças de atendimento que as mães deficientes e aquelas que não tinham deficiência receberam (REDSHAW *et al.*, 2013).

Mesmo se tratando de uma pesquisa com número elevado de participantes, muitas mulheres ao responderem, possibilitou descrever e mesmo conhecer pequenas nuances que um estudo menor não conseguiria, pois, por ser uma pesquisa com mulheres anônimas, talvez tenham se sentido a vontade para responder suas experiências na assistência (REDSHAW *et al.*, 2013).

Os serviços de assistência, quer seja atenção primária, secundária ou terciária, estão se adaptando à inclusão, mas não cabe apenas possibilitar o acesso ao local de saúde, deve-se pensar para além. Será que essas mulheres, quer sejam deficientes ou não, estão sendo atendidas e incluídas, respeitando suas limitações? Ainda se vê uma limitação por parte dos profissionais para atender adequadamente as necessidades das mulheres com deficiência, não só na prática, mas em termos organizacionais (REDSHAW *et al.*, 2013).

Pensar no transporte, o acesso, adaptar os projetos de edifícios e instalações, adequando os equipamentos e as atitudes dos profissionais no que tange à deficiência são problemas atuais e reais para mulheres com deficiência.

A qualidade do cuidado, desde a recepção até a condução da sala de parto e alta são realizadas por diferentes profissionais e que podem diferir em sua realização quando percebem a deficiência na paciente. Esse cuidado fragmentado torna-se difícil de ser avaliado e acessado para essas mulheres, pois dependerá de como todos os profissionais conduzirão o atendimento (REDSHAW *et al.*, 2013).

Enxergar e ouvir as mulheres com deficiência, diante de uma população sabidamente invisível, permite ampliar e humanizar a assistência dentro da maternidade, treinando os profissionais, dos vários setores, para apoiar, encorajar e receber adequadamente as

mulheres em suas diversas condições (REDSHAW *et al.*, 2013).

Logo, todos esses aspectos relativos aos cuidados de maternidade, quer seja na atenção primária, secundária ou terciária, para mulheres com deficiência devem ser pensados como fontes de pesquisa. Pois, adaptar, de forma eficaz, as instituições, possibilita que as mulheres sejam de fato incluídas satisfatoriamente, identificando ações necessárias para o cuidado de grávidas e parturientes que tenham algum tipo de deficiência.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando a pesquisa e a realidade da população com deficiência foi possível perceber que em alguns pontos os achados não apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos. Porém, quando se avalia a assistência a mulher com deficiência percebe-se que não houve o mesmo preparo, pois o incentivo da amamentação, escolha da posição de parto, presença do companheiro e analgesia da dor, durante os estágios do parto, as mulheres com deficiência demonstraram que seus pedidos não foram atendidos.

Destaca-se que há uma lacuna de publicações que remetam a temática estudada, o que torna a mulher, quer seja cega, surda ou com outra deficiência, invisível para a comunidade acadêmica e de assistência.

REFERÊNCIAS

1. Costa, A.A.; Vogt, S.E.; Ruas, E.F.G.; Holzmann A.P.F.; Silva P.L.N. **Acolher e escutar o silêncio: o cuidado de enfermagem sob a ótica da mulher surda durante a gestação, parto e puerpério.** Rev Fund Care Online. v.10, n.1, p.123-129, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v10i1.123-129

2. Cunha, R.P.S.; Pereira, M.C.; Oliveira, M.L.C. **Enfermagem e os cuidados com pacientes surdos no âmbito hospitalar.** REVISA. v.8, n.3, p. 367-77, 2019. Doi: https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p367a377

3. Fuentes, P.S.C.; Bravo, M.M.P.; Guillén, M.A.C. **Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia**. Enferm. glob. v.18, n.54, p.*303-312, 2019.*

4. Galvão, C.M. **Evidence hierarchies**. Acta Paul Enferm [Internet]. v.19, n. 2, 2006. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001

5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

6. Mendes, K.D.S.; Silveira, R.C.C.P.; Galvão, C.M. **REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM.** Texto Contexto Enferm. v.17, n.4, p.758-64. 2008.

7. Nascimento, V.F. **Desafio do enfermeiro na consulta à gestante surda: relato de experiência.** Nursing (São Paulo) *;* 13(154): 144-147, mar. 2011.

8. Thomaz, M.M.; Milbrath, V.M.; Gabatz, R.I.B.; Freitag, V.L.; Vaz, J.C. **Acessibilidade do adolescente com deficiência auditiva aos serviços de saúde.** Rev. Eletr. Enferm. v.21, p.1-7, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v21.55502

9. Redshaw, M.; Malouf, R.; Gao, H.; Gray, R. **Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period . Pregnancy and Childbirth**, v.13, p.174, 2013. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-174

10. Sanches, I.C.B.; Bispo, L.P.; Santos, C.H.S.; França, L.S.; Vieira, S.N.S. **O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE SURDO.** Rev enferm UFPE online., v.13, n.3, p.858-62, 2019. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238964p858-862-2019

11. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Management of breast conditions and other breastfeeding difficulties. In: Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.** Geneva: WHO, p. 65-76, 2009.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE DO USO DE PSICOTRÓPICOS POR IDOSOS QUE SOFREM VIOLÊNCIA: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/02/2021

Cláudia Miriam da Silva Maciel
Centro Universitário do Vale do Ipojuca
UNIFAVIP / Wyden
Caruaru-PE
http://lattes.cnpq.br/9757546955309064

Tibério César de Lima Vasconcelos
Centro Universitário do Vale do Ipojuca
UNIFAVIP / Wyden
Caruaru-PE
http://lattes.cnpq.br/5935237427393091

RESUMO: O tema escolhido fez-se devido ao aumento de casos de violência contra a pessoa idosa, de forma preocupante, bem como o aumento do uso de psicotrópicos por parte do mesmo. O número de idosos tem crescido todos os anos em nosso país; segundo o IBGE até o ano de 2050 a população de idosos no Brasil irá triplicar. (IBGE,2018).Dessa forma cresce também as denuncias de maus tratos e muitas outras violências sofridas pelos idosos. Em vista disso, reforçou-se a necessidade de falarmos sobre esse tema. Existem vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de uma pessoa idosa tornar-se uma vítima de abuso e diante de tal situação se faz necessário o uso continuo de medicamentos por apresentarem transtornos emocionais e comportamentais decorrentes dessas violências como, por exemplo, depressão, distúrbios no sono e aumento da ansiedade. Diante desse pressuposto será relatado um pouco desse conjunto de ações sofrida pela pessoa idosa, e que o leva o mesmo a fazer uso desse tipo de medicação. Infelizmente o envelhecimento populacional traz sob sua responsabilidade problemas de saúde que desafiam sistemas de saúde. E apesar do envelhecimento não significar necessariamente adoecer, a sociedade problematizar bastante essa faixa etária da vida. Dentro deste contexto, muitos idosos acabam recorrendo ao uso de psicotrópicos, o que pode ser explicado, em parte, pelo reconhecimento dos benefícios de sua utilização nos distúrbios afetivos, como ansiedade e depressão (BEE, 1997).

PALAVRAS-CHAVE: Psicotrópicos, envelhecimento, violência, pessoa idosa.

ANALYSIS O THE USE OF PSYCHOTROPICS BY ELDERLY PEOPLE WHO SUFFER VIOLENCE: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The theme chosen was due to the increase in cases of violence against the elderly, in a worrying way, as well as the increase in the use of psychotropic drugs by the same. The number of elderly people has grown every year in our country; according to the IBGE by the year 2050 the elderly population in Brazil will triple. (IBGE, 2018). Thus, there is also a growing number of complaints of mistreatment and many other violence suffered by the elderly. In view of this, the need to talk about this topic was reinforced. There are several risk factors, which increase the likelihood of an elderly person becoming a victim of abuse and in face of such a situation it is necessary to continue the use of medications because they present emotional and behavioral

disorders resulting from these violence, such as depression, sleep disturbances and increased anxiety. Given this assumption, a little of this set of actions suffered by the elderly person will be reported, which leads him to make use of this type of medication. Unfortunately, population aging brings health problems that challenge health systems. And although aging does not necessarily mean getting sick, society does problematize this age group of life. Within this context, many elderly people end up resorting to the use of psychotropic drugs, which can be explained, in part, by the recognition of the benefits of its use in affective disorders, such as anxiety and depression (BEE, 1997).
KEYWORDS: Psychotropic, aging, violence, elderly.

1 I INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo bastante no mundo inteiro e, no Brasil vem acontecendo de forma bastante acelerada. Sendo assim se faz necessário investir em ações de prevenção e conscientização, quanto à realidade vigente em nosso país.

É preciso compreender o processo de envelhecimento populacional, para que dessa maneira os idosos possam se manter cidadãos socialmente e economicamente integrados e independentes perante a sociedade (PEREIRA, 2000). Infelizmente, a realidade é bastante assustadora. “O Brasil, sendo um país de desigualdades, mantém os idosos em uma situação de vulnerabilidade à medida que não são oferecidos apoio e condições básicas para que estas pessoas possam ter mobilidade, sociabilidade, segurança e saúde, por exemplo. Além disso, a família e a sociedade corroboram para a cultura de que os idosos são descartáveis socialmente, gerando uma gama de violências”. (Leides Moura, 2019).

Nos estudos acerca da violência contra a pessoa idosa, que está inserida na violência social, é frequente encontrar referência acerca da “naturalização” do fenômeno, que é universal. Segundo Minayo (2005), “a maneira com que a sociedade trata os idosos é muito contraditória. Na maioria das vezes passa a visão negativa do envelhecimento, pois mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha” (CFESS, 2010). Minayo (2004) afirma que: [...] estudos parciais feitos no país apontam que a maior das queixas dos velhos é contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referem a outros parentes. As denúncias enfatizam em primeiro lugar abusos econômicos (tentativas de aprovação dos bens do idoso ou a abandono material cometido contra ele), em segundo lugar, agressões físicas e em terceiro, recusa dos familiares em dar-lhes proteção.

“As violências podem ser visíveis ou invisíveis: as visíveis são as mortes e lesões; as invisíveis são aquelas que ocorrem sem machucar o corpo, provocam sofrimento, desesperança, depressão e medo” (MINAYO, 2006, p. 178).

Como vem sendo visto nos últimos anos a violência tornou-se uma epidemia e já é considerado um problema de saúde pública, provocando efeitos na saúde física e mental da população, uma vez que debilita a saúde e atinge o potencial de desenvolvimento humano

de um país (Menezes, 1999).No Brasil são consideradas pessoas idosas , segundo a Politica Nacional do Idoso (1994) e no Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com 60 anos ou mais.

O envelhecimento causa transformações no indivíduo, é um período de transição que acarreta possíveis surgimentos de distúrbios psicológicos e de saúde como baixa autoestima. Considerando esse crescimento acelerado, aumentam-se os índices de casos de violência contra o idoso, tornando-o alvo de agressão. . Segundo Hudson (1999), isso ocorre desde os primórdios da humanidade, variando conforme a sociedade estudada.

Não há clareza, no entanto, das causas e consequências de tais situações. Dentro deste contexto, muitos idosos acabam recorrendo ao uso de psicotrópicos, o que pode ser explicado, em parte, pelo reconhecimento dos benefícios de sua utilização nos distúrbios afetivos, como ansiedade e depressão (BEE, 1997).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) os psicotrópicos são substâncias psicoativas que agem diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC), o que produz notoriamente modificações comportamentais, de humor e com a continuação da administração torna-se modificador da cognição. Estes medicamentos são classificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em classes, tais como: os ansiolíticos e sedativos, os antipsicóticos (neurolépticos), os antidepressivos, os estimulantes psicomotores, os psicomiméticos e os potencializadores da cognição. (OMS, 2015).

Os efeitos que se busca no consumo de medicamentos psicotrópicos, são: o alívio da euforia, ansiedade, depressão e a promoção do sono. Isso tem levado a população ao uso indiscriminado e compulsivo de psicotrópicos (SILVA; IGUTI, 2013).

Diante desse pressuposto será relatado um pouco desse conjunto de ações sofrida pela pessoa idosa, e que o leva o mesmo a fazer uso desse tipo de medicação. Infelizmente o envelhecimento populacional traz sob sua responsabilidade problemas de saúde que desafiam sistemas de saúde.

E apesar do envelhecimento não significar necessariamente adoecer, a sociedade problematizar bastante essa faixa etária da vida. Sendo uma população que merece destaque na discussão do uso dos psicotrópicos. Pois é possível notar um aumento expressivo nesse grupo em relação ao consumo desses medicamentos o que pode ser explicado, pelo reconhecimento dos benéficos e na sua utilização nos distúrbios afetivos, no caso da depressão e ansiedade, que obtiveram uma prevalência aumentada entre os idosos (NOIA et al., 2012).

O consumo acentuado de tais psicotrópicos pode estar associado ao fato dos medicamentos serem considerados uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, que prometem afastar qualquer sofrimento da sociedade atual, tais como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas e tristeza, apenas com a administração de uma eficaz substância química no organismo (LOYOLA FILHO et al., 2006).

Os psicotrópicos são substâncias químicas que atuam sobre a função psicológica e alteram o estado mental. A Psicofarmacoterapia é muito importante no tratamento de idosos portadores de transtornos psiquiátricos. Deve-se proceder com cautela na escolha e manejo de tais medicamentos nesta população.

A preferência deve ser dada a drogas com menos efeitos colaterais, cujas doses devem ser ajustadas segundo a resposta e a tolerabilidade do paciente (CARLINI et al., 2001). O objetivo desse trabalho é revisar a literatura sobre psicotrópicos utilizados pela população idosa que sofre algum tipo de violência.

2 I METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão de literatura sobre envelhecimento populacional com ênfase nas violências sofridas por tal e consequentemente o uso de psicotrópicos para alivio de diversos transtornos decorrentes de tal violência. Foi realizado o levantamento bibliográfico em plataformas digitais, artigos, livros, textos, documentos, fotos e matérias disponibilizados nessas plataformas.

O estudo foi realizado no Centro Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/ WYDEN, localizado na Av. Adjar da Silva Casé, nº 800- Indianópolis 55.024-740, Caruaru – PE.

Os artigos serão incluídos de acordo com os seguintes descritores que abordem as temáticas “violência contra a pessoa idosa”, “envelhecimento populacional”, “violência contra a pessoa idosa”, “uso de psicotrópicos”. Vale ressaltar que todas as pesquisas feitas e aplicadas nesse projeto foram referenciadas.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

Envelhecimento Populacional

A ONU estabelece 60 anos à idade que demarca o início da velhice nos países considerados em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos, embora existam muitas variações sociais e individuais que interfiram no ritmo de envelhecimento de cada um.

Essa demarcação é vista como respostas as mudanças evolutivas compartilhadas pela maioria dos grupos etários, em virtude de determinação biológica, histórica e social. (Paulino apud Neri, 1991). No Brasil são consideradas pessoas idosas , segundo a Politica Nacional do Idoso (1994) e no Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com 60 anos ou mais.

O envelhecimento causa transformações no indivíduo, é um período de transição que acarreta possíveis surgimentos de distúrbios psicológicos e de saúde como baixa autoestima.

Considerando esse crescimento acelerado, aumentam-se os índices de casos de

violência contra o idoso, tornando-o alvo de agressão. Segundo Hudson (1999), isso ocorre desde os primórdios da humanidade, variando conforme a sociedade estudada. Não há clareza, no entanto, das causas e consequências de tais situações.

Segundo os estudos de Pereira (2005), podemos dizer que o fenômeno envelhecimento social traz consigo três evidencias: que o envelhecimento é um fenômeno sócio-político que pela primeira vez e torna um tema de interesse nos meios intelectuais e políticos, sendo sustentado pelo progressivo envelhecimento da população; que com o envelhecimento há o surgimento de novas necessidades referentes às dimensões biológicas, psicológicas, econômica, social e de cidadania das pessoas idosas, decorrentes do fenômeno do envelhecimento e das condições estruturais e históricas em que este é produzido; e que com o envelhecimento, as politicas, os serviços, as instituições e as gentes de proteção convencionais não mais respondem adequadamente às novas necessidades desse segmento populacional, o que exige a revisão dos compromissos com o bem-estar dessa parcela da população.

Violência Contra a Pessoa Idosa

Segundo Minayo (2010), as violências contra idosos se manifestam de várias formas, sendo elas: (a) estrutural que é ocorrida pela desigualdade social, sendo esta naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; (b) interpessoal que se refere às interações e relações cotidianas; (c) institucional que diz respeito à aplicação ou à omissão na gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência. Atualmente se estabeleceram algumas categorias e tipologias para definir as diversas formas de violências mais praticadas contra a população idosa: **Abuso físico**, maus tratos físicos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte; **Abuso psicológico**, violência psicológica ou maus tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social; **Abuso sexual**, violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; **Abandono** é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção; **Negligência** refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país.

Ela se manifesta frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade; **Abuso financeiro e econômico** consiste na

exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar; **Autonegligência** diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidada necessária a si mesma.

Boa parte dos casos de violência contra pessoas idosas acontecem devido à autonegligências ou praticado por algum membro da família, sendo assim as vitimas por muitas vezes tentam minimizar a gravidade da agressão e acabam se tornando coniventes. Muitos têm medo e preferem conviver com maus-tratos.

Uso de Psicotrópicos

Dentro deste contexto, muitos idosos acabam recorrendo ao uso de psicotrópicos, o que pode ser explicado, em parte, pelo reconhecimento dos benefícios de sua utilização nos distúrbios afetivos, como ansiedade e depressão (BEE, 1997). O consumo acentuado de tais psicotrópicos pode estar associado ao fato dos medicamentos serem considerados uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, que prometem afastar qualquer sofrimento da sociedade atual, tais como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas e tristeza, apenas com a administração de uma eficaz substância química no organismo (LOYOLA FILHO et al.,2006).

Os psicotrópicos são substâncias químicas que atuam sobre a função psicológica e alteram o estado mental. A Psicofarmacoterapia é muito importante no tratamento de idosos portadores de transtornos psiquiátricos. Deve-se proceder com cautela na escolha e manejo de tais medicamentos nesta população. A preferência deve ser dada a drogas com menos efeitos colaterais, cujas doses devem ser ajustadas segundo a resposta e a tolerabilidade do paciente (CARLINI et al., 2001). Estes medicamentos são classificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em classes, tais como: os ansiolíticos e sedativos, os antipsicóticos (neurolépticos), os antidepressivos, os estimulantes psicomotores, os psicomiméticos e os potencializadores da cognição. (OMS, 2015).

Os efeitos que se busca no consumo de medicamentos psicotrópicos, são: o alívio da euforia, ansiedade, depressão e a promoção do sono. Isso tem levado a população ao uso indiscriminado e compulsivo de psicotrópicos (SILVA; IGUTI, 2013).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra o idoso trata-se de um problema universal desde os primórdios da humanidade, relacionados com diversos fatores; demográficos, socioeconômico, condições de saúde, relações interpessoais e o meio familiar. Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física; abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos; traduzidos pelas agressões verbais entre outras. Sendo assim percebe-se que a utilização de psicotrópicos é muito importante no tratamento desses idosos visando sempre, a melhor qualidade de vida do mesmo.

Assim o que tratamos neste trabalho de conclusão de curso percebe-se que mesmo com a criação da legislação voltada para os idosos, muita ainda precisa ser feito, principalmente no que se refere ao Estatuto do Idoso que ainda é desconhecido por muitos. É preciso contribuir para demostrar que da mesma forma como a violência é “formada”, ela também pode ser “desconstruída”.

REFERÊNCIAS

ASSATO, Cíntia Pincelli; CR, Borja-Oliveira. **Psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos**. Estud Interdiscip Envelhec, v. 20, n. 3, p. 687-701, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1. ed. 2ª reimpr.- Brasilia,2003.

ALVIM, Mariana Macedo et al. **Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, n. 4, p. 463-473, 2017

ABI-ACKEL, Mariza Miranda et al. **Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 57-69, 2017.

BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; ARAÚJO, Luana Adriano. **O DIREITO À EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA NO ART. 25 DO ESTATUTO DO IDOSO.** REI-REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS, v. 5, n. 1, p. 147-170, 2019.

DUQUE, Andrezza Marques et al. **Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2199-2208, 2012.

DE SOUSA, Ana Maria Viola. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar.** Alínea Editora, 2004.

DE OLIVEIRA SANTOS, Ana Carla Petersen et al. **A construção da violência contra idosos.** Revista brasileira de geriatria e gerontologia, v. 10, n. 1, p. 115-127, 2007.

DO EVENTO, Coordenação et al. **O DIREITO DO IDOSO À EDUCAÇÃO CONFORME O QUE PREVÊ A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.** Revista do Seminário de Educação de Cruz Alta-RS, v. 6, n. 1, p. 343-350, 2019.

DA CRUZ, Danielle Teles; CAETANO, Vanusa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. **Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso**. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Maus Tratos Contra a Pessoa Idosa**. Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília: p. 176 – 180, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. 783-791, 2003.

NOIA, Aparecida Santos et al. **Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. SPE, p. 38-43, 2012.

PAZ, Adriana Aparecida; DOS SANTOS, Beatriz Regina Lara; EIDT, Olga Rosaria. **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 338-342, 2006.

PRUDÊNCIO, Fabrícia Araújo; NOGUEIRA, Lidya Tolstenko. **Conhecimento de idosas sobre o uso de psicotrópicos**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 14, n. 1, p. 130-138, 2013.

PORTELA, Katrinna MP; BARRETO, Luciana S.; TORRES, Maria MSM. **Violência contra o idoso: Um mal que cresce a cada dia na sociedade.** 2012.

ROZENFELD, Suely. **Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

SILVA, Cirlene Francisca Sales; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. **Violence Against the Elderly in the Family: Aggressor's Motivations, Feelings and Needs**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016.

SANCHES, Ana Paula R. Amadio; LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. **Violência contra idosos: uma questão nova. Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 90-100, 2008.

SILVA, Henrique Salmazo da; LIMA, Ângela Maria Machado de; GALHARDONI, Ricardo. **Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 867-877, 2010.

SILVA, Mariana de Oliveira et al. **A possibilidade do dano moral para o abandono afetivo inverso da pessoa idosa**. 2019.

SANTANA ESTIVAL, Katianny Gomes; CORRÊA, Santos; RODRIGUES, Solange. **Os direitos fundamentais e a efetivação das políticas públicas para a população idosa do Brasil: moradia, transporte, cultura, esporte e lazer**. Contribuciones a las Ciencias Sociales, n. junio, 2019.

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Revista de Saúde Pública, v. 43, p. 548-554, 2009.

CAPÍTULO 6

CONSTRUÇÃO DE UM E-BOOK SOBRE AUTOCUIDADO EM PACIENTES DIABÉTICOS EM MEIO À PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 05/11/2020

Georgia de Melo Castro Gondim
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/2706940350706102

Thayná da Silva Lima
Centro Universitário Fametro
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/8994485578410943

Julia Maria Sales Bedê
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/1641549733195266

Iasmin Cavalcante Araújo Fontes
Centro Universitário Fametro
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/2164057835833434

Débora Fidélis de Oliveira
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/3842922635143923

José Carlos Tatmatsu Rocha
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza- Ceará
http://lattes.cnpq.br/5824495261923279

Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza- Ceará
http://lattes.cnpq.br/3584422771001181

RESUMO: INTRODUÇÃO: Sabe-se que os pacientes com Diabetes Mellitus (DM) fazem parte do grupo de risco para as complicações do vírus Sars-Cov-2. Durante a pandemia do COVID-19, essa população encontra-se mais vulnerável a desenvolver os piores desfechos da doença, além de possuir altos níveis de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e de mortalidade decorrente da doença. Isso explicita a necessidade de que haja um cuidado centrado na individualização do manejo dessa população. OBJETIVO: Relatar a experiência da construção de um e-book acerca do autocuidado em pacientes diabéticos em meio à pandemia de COVID-19. MÉTODOS: Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, realizado na Universidade Federal do Ceará, centrado no desenvolvimento de um material educativo, do tipo e-book, voltado para o autocuidado do paciente diabético em meio à pandemia de COVID-19. RESULTADOS: O material foi construído a partir das medidas de restrição social propostas pela maioria dos governos dos estados brasileiros. Primeiramente, foram definidos os capítulos que estariam presentes no *e-book,* seguido da pesquisa para a sua fundamentação teórica e da produção técnica do material. Os capítulos foram intitulados: "COVID-19", "Diabetes", "Tenho diabetes, e agora?", "Como posso me manter ativo?", "Exercícios", e, por fim, " Cuidados com os pés". Todos os capítulos foram redigidos com linguagem acessível à população, em geral, e bastante ilustrados, para facilitar o entendimento acerca do conteúdo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se, portanto, que a construção desse material educativo auxilia na individualização do

cuidado com o paciente diabético em meio à pandemia de COVID-19, além de impactar positivamente no empoderamento dessa população acerca da sua condição, de forma a contribuir para a prevenção de agravos do DM durante o período de restrição social.
PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde.

CONSTRUCTION OF AN E-BOOK ON SELF-CARE IN DIABETIC PATIENTS DURING COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: INTRODUCTION: It is known that patients with Diabetes Mellitus (DM) are part of the risk group for complications of the Sars-Cov-2 virus. During the COVID-19 pandemic, this population is more vulnerable to developing the worst outcomes of the disease, in addition to having high levels of hospitalization in Intensive Care Units (ICUs) and mortality from the disease. This explains the need for care focused on individualizing the management of this population. OBJECTIVE: To report the experience of building an e-book about self-care in diabetic patients in the midst of the COVID-19 pandemic. METHODS: This is an experience report study carried out at the Federal University of Ceará, focused on the development of an educational material, of the e-book type, aimed at the self-care of diabetic patients in the midst of the COVID-19 pandemic. RESULTS: The material was constructed based on the social restriction measures proposed by most governments in the Brazilian states. First, the chapters that would be present in the e-book were defined, followed by research for its theoretical foundation and the technical production of the material. The chapters were entitled: “COVID-19”, “Diabetes”, “I have diabetes, what now?”, “How can I stay active?”, “Exercises”, and finally, “Foot care”. All chapters were written with language accessible to the general population, and well illustrated, to facilitate understanding of the content. FINAL CONSIDERATIONS: It is concluded, therefore, that the construction of this educational material helps in the individualization of care for diabetic patients amid the pandemic of COVID-19, in addition to positively impacting the empowerment of this population regarding their condition, in order to contribute for the prevention of diseases of DM during the period of social restriction.
KEYWORDS: COVID-19, Diabetes Mellitus, Health Education.

1 I INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, em virtude de uma deficiência na produção e/ou ação da insulina. O aumento glicêmico constante é associado a complicações crônicas vasculares, elevando a taxa de morbimortalidade e reduzindo a qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020).

Estudos acerca da pandemia do Covid-19 ressaltam que pacientes com mais comorbidades têm maior probabilidade de apresentar um grave curso da doença, sendo classificados como grupo de risco para as complicações do vírus Sars-Cov-2, como é o caso dos pacientes portadores de DM. Durante a pandemia do COVID-19, essa população encontra-se mais vulnerável a desenvolver os piores desfechos da doença. Além de serem

mais suscetíveis ao uso da ventilação mecânica, à admissão em unidades de terapia intensiva quando comparados aos não diabéticos, também mostram uma maior índice morbimortalidade[J2] . (HUR et al., 2020; THOMAZ et al., 2020; YAN et al., 2020)

No Brasil, outro estudo revelou que a população com diabetes reduziu a frequência de saídas de casa e entre os que monitoram a glicemia, a maioria (59,4%) verificou alterações. Além disso, quanto aos hábitos para o tratamento do diabetes, a atividade física foi bastante impactada, sendo reduzida por 59,5% dos entrevistados. (THOMAZ et al., 2020)

Nessa perspectiva, os pacientes expostos ao Sars-Cov2 com DM enfrentam uma condição inflamatória crônica e um aumento do risco de desenvolver complicações respiratórias. Muitas vezes, o risco de contaminação pela população diabética em relação à população em geral foi evidenciado. Contudo, o maior problema realmente está relacionado à probabilidade de apresentar sintomas graves quando não se há um devido controle do índice glicêmico, condição já relacionada à comprometimentos vasculares do diabetes. (HUR et al., 2020; YAN et al., 2020)

Isso explicita a necessidade de que haja um cuidado centrado na individualização do manejo dessa população. Assim, o objetivo do presente artigo foi relatar a experiência da construção de um e-book acerca do autocuidado em pacientes diabéticos em meio à pandemia de COVID-19.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, realizado no período de março a junho de 2020, idealizado pela Liga Cardiovascular da Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC), centrado no desenvolvimento de um material educativo, do tipo e-book, voltado para o autocuidado do paciente diabético em meio à pandemia de COVID-19.

Com a proposta de ser disponibilizado na rede para todo indivíduo diagnosticado com essa condição de saúde, o material foi desenvolvido com linguagem acessível, dividido em 6 capítulos, baseado em publicações recentes relacionadas aos cuidados necessários para diminuir o contágio pelo Sars-CoV-2, bem como, sua relação com o DM.

Para se tornar atrativo para o leitor e facilitar o processo de aprendizagem, foram utilizados elementos gráficos visuais, como imagens e ícones, predominantemente em estilo *flat design*, uma tendência visual contemporânea determinada pela simplificação dos elementos e com essência na forma, funcionalidade e tecnologia. Todo o processo de desenvolvimento do material foi realizado utilizando a ferramenta *Adobe Photoshop CS6*® e as imagens utilizadas foram retiradas do site https://www.freepik.com/.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material foi construído a partir das medidas de restrição social propostas pela

maioria dos governos dos estados brasileiros. Primeiramente, foram definidos os capítulos que estariam presentes no *E-book*, seguido da pesquisa para a sua fundamentação teórica e da produção técnica do material.

Os capítulos foram intitulados: “COVID-19”, “Diabetes”, “Tenho diabetes, e agora?”, “Como posso me manter ativo?”, “Exercícios”, e, por fim, “ Cuidados com os pés”, Todos os capítulos foram redigidos com linguagem acessível à população, em geral, e bastante ilustrados, para facilitar o entendimento acerca do conteúdo.

A seguir, cada capítulo será retratado de forma mais profunda.

Capítulo 1 – O que é COVID-19?

A COVID-19 é uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, que pode apresentar-se tanto por quadros infecciosos assintomáticos, quanto por infecções respiratórias graves, com comprometimento sistêmico. Os principais sintomas são tosse, febre, coriza, dor de garganta, anosmia, ageusia, distúrbios gastrintestinais, astenia, hiporexia e dispneia (BRASIL, 2020).

A transmissão ocorre de uma pessoa doente para outra, em contato próximo, por meio de espirros, tosse ou gotículas de saliva, que facilitam a disseminação do vírus. Além destes, o próprio aperto de mão e contato com objetos ou superfícies contaminadas podem ser facilitadores desse processo (BRASIL, 2020).

Visando introduzir informação básica acerca do COVID-19 para o público leitor, a fim de garantir a total compreensão sobre os riscos da doença, foi necessário conceituá-la, explicando desde o agente etiológico até as apresentações clínicas mais comuns, além de relatar sobre as formas de transmissão.

Capítulo 2 - O que é Diabetes?

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que requer cuidados contínuos, causada pela falta ou má absorção de insulina, hormônio que promove o aproveitamento da glicose como energia para o nosso corpo (CARE, 2020).

Pessoas com DM não tem maior risco de contrair a COVID-19, mas sim de desenvolvê-la em sua forma mais grave. Entretanto, o risco de complicações é muito menor e quase igual ao das pessoas sem DM se os níveis de glicose no sangue estiverem controlados, esta é a diferença entre o diabetes controlado e descompensado. O grupo de maior risco de evolução com as formas mais graves da doença é composto por aqueles indivíduos com complicações, com comorbidades e idosos (maiores de 60 anos), independentemente do tipo de diabetes (SBD, 2020).

Dessa forma, este capítulo relaciona, de forma simples, o DM e o COVID-19, o que é indispensável para que se compreenda o tema com completude, partindo da premissa de que, na presença do mau controle metabólico, por exemplo, o DM torna-se fator de risco para indivíduos infectados por SARS-CoV-2.

Capítulo 3 – Tenho diabetes, e agora?

A pandemia alterou a rotina diária das pessoas. Nesse cenário, é necessário se

adaptar a essas alterações para evitar a contaminação e disseminação do vírus. Todas as pessoas devem adotar as medidas de prevenção contra o novo coronavírus, em especial indivíduos que estejam em um grupo de risco (WHO, 2020).

Por esse motivo, neste capítulo, são abordadas medidas de prevenção contra o COVID-19, tais como o uso de máscara, a higienização das mãos, o distanciamento social, evitar tocar o rosto, dentre outros (BRASIL, 2020).

Quanto à utilização da máscara, um dos cuidados mais importantes na prevenção da disseminação da doença, o capítulo aborda não apenas a necessidade do seu uso, mas a forma correta de fazê-lo. Os princípios básicos para a utilização correta são: limpar as mãos antes de colocar e após retirar a máscara, certificar-se de que está cobrindo o nariz, a boca e o queixo, encostar apenas nos elásticos ao colocar e retirar, lavar imediatamente após retirar (WHO, 2020) .

Por fim, com relação às especificidades do DM, o capítulo aborda a relevância da realização do controle glicêmico, com a necessidade de monitorar frequentemente a glicemia, além de fazer o uso correto das medicações ou insulina, pois são atividades que podem prevenir complicações do coronavírus e do diabetes (SBD, 2020).

Capítulo 4 - Como posso me manter ativo?

Existem evidências dos efeitos positivos do exercício na prevenção e no tratamento do DM. O exercício atua na prevenção do DM, principalmente nos grupos de risco, como os obesos e os familiares de diabéticos. Portanto, visto a importância do exercício físico para melhora da qualidade de vida do diabético, o capítulo aborda orientações sobre essa prática (SBD, 2019).

Devido à necessidade de um acompanhamento especial ao paciente diabético durante o exercício físico, constam neste capítulo algumas observações que devem ser lembradas, como o monitoramento glicêmico, que a base para a adaptação do tratamento ao exercício e deve ser conduzido antes, durante e depois dele. Se glicemia capilar estiver menor do que 100 mg/dl, é de suma importância que o paciente faça a ingestão de carboidrato de ação rápida antes do exercício. Por outro lado, deve-se evitar realizar exercícios se a glicemia capilar estiver maior do que 250 mg/dl. A ingestão hídrica é crucial para manter a hidratação durante esse momento, e, além disso, faz-se importante atentar-se aos cuidados com a vestimenta, calçados e meias desportivas, dentre outros cuidados (SBD, 2019).

Capítulo 5 – Exercícios

Como foi exposto no capítulo anterior, o exercício físico é elemento fundamental no manejo de todas as variações de diabetes, além de contribuir na prevenção de Diabetes tipo 2. Ademais, a redução dos riscos cardiovasculares e o controle do peso corporal são benefícios que também impactam na melhoria da saúde desses indivíduos. O que ocorre, entretanto, é que o exercício físico não é rotineiramente prescrito nas consultas de rotina, tampouco orientado de maneira adequada, para o indivíduo com DM (SBD, 2019).

Tendo em vista essa problemática, o quinto capítulo do *E-book* retrata uma sequência de exercícios, que incluem atividades de mobilidade, metabólicas, aeróbicas, de propriocepção e de fortalecimento da musculatura dos pés e de coordenação.

Os tipos de exercício retratados são ilustrados e bem descritos, de forma acessível ao entendimento do público leitor, em geral, como exemplificado na Figura 1.

Figura 1: Fragmento do capítulo "Exercícios", ilustrando um exercício metabólico de membros inferiores.

Capítulo 6 – Cuidados com os pés

As úlceras de pé diabético (UPDs) antecedem 85% das amputações, e 3 amputações em indivíduos com diabetes ocorrem por minuto em todo o mundo, o que se traduz em estatística bastante significativa. (SBD, 2019)

Dessa forma, o *guideline* do *International Working Group on the Diabetic Foot* (IWGDF) institui que há cinco pilares para prevenção de ulceração, quais sejam: Identificação do pé em risco, inspeção e exame regular do pé em risco, educação do paciente, da família e dos profissionais de saúde, garantia do uso rotineiro de calçados adequados e tratamento dos fatores de risco para ulceração. (IWGDF, 2019)

Pensando que, por meio do livro, poder-se-iam abordar os três primeiros princípios, foi criado um capítulo com uma série de orientações acerca do autocuidado com os pés, que incluem a higienização dos pés, secar o espaço interdigital após o banho, manejo adequado das unhas, hidratação dos pés, inspeção diária da região plantar, uso de calçado

adequado, dentre outras.

Dessa forma, buscou-se alcançar, por meio deste capítulo final, a prevenção da ulceração e, consequentemente, da amputação, seu desfecho mais grave, durante a pandemia de COVID-19.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que a construção desse material educativo auxilia na individualização do cuidado com o paciente diabético em meio à pandemia de COVID-19, além de impactar positivamente no empoderamento dessa população acerca da sua condição, de forma a contribuir para a prevenção de agravos do DM durante o período de restrição social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Covid-19. **O que você precisa saber**, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 de maio de 2020.

CARE, D. Standards of Medical Care in Diabetes-2020. **Diabetes Care**, v. 43, p. S1-S224, 2020.

HUR, K. et al. Factors Associated With Intubation and Prolonged Intubation in Hospitalized Patients With COVID-19. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, v. 163, n. 1, p. 1–9, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. S.l.: Clannad, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Notas de esclarecimentos da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre o coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/covid-19/notas-de-esclarecimentos-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-sobre-o-coronavirus-covid-19/>. Acesso em: 05 de nov. de 2020.

THE INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. **IWGDF Guidelines on the Prevention and Management of Diabetic Foot Disease**. 2020. Disponível em: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/IWGDF-Guidelines-2019.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2020

THOMAZ, M. et al. The Impact of COVID-19 on People with Diabetes in Brazil. Diabetes Research and Clinical Practice, v. 166, p. 108304, 2020.

WHO. **Conselhos sobre doença coronavírus (COVID-19) para o público: quando e como usar máscaras.** 2020 . Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>. Acesso em: 05 de nov. de 2020.

YAN, Y. et al. Clinical characteristics and outcomes of patients with severe covid-19 with diabetes. BMJ Open Diabetes Research & Care, v. 8, n. 1, p. 1–9, 2020.

CAPÍTULO 7

CONTEXTOS DE VULNERABILIDADES À VIOLÊNCIA CONFIGURADOS NO CAMPO DE TRABALHO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 28/10/2020

Marcelle Aparecida de Barros Junqueira
Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia, MG, Brasil
http://lattes.cnpq.br/1792022710649813

Isabel Cristiane de Noronha
Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia
Uberlândia – MG
http://lattes.cnpq.br/6274775519876327

Ana Rosa Ribeiro Elias
Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem
São Paulo -SP
http://lattes.cnpq.br/5342733766031664

Lúcio Borges de Araújo
Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Matemática
Uberlândia – MG
http://lattes.cnpq.br/1633451941969946

Maria Cristina de Moura Ferreira
Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia – MG
http://lattes.cnpq.br/0691592767654870

Carla Denari Giuliani
Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia – MG
http://lattes.cnpq.br/0924515986721388

Mariana Hasse
Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia – MG
http://lattes.cnpq.br/4986970372853513

RESUMO: Objetivou-se analisar as vulnerabilidades e violências vivenciadas por mulheres profissionais do sexo no ambiente de trabalho. O estudo constituiu-se de uma pesquisa de campo descritiva, por meio de uma abordagem mista e realizada com 158 mulheres profissionais do sexo. Os resultados evidenciaram que 34% das participantes sofreram algum tipo de violência. Destas, 85,2% alegam ter sofrido violência verbal, física (33%) e sexual (7,4%). Dentre os fatores associados, a estar sujeita a violência e o chefe como perpetrador, estão o grau de escolaridade (p=0,022; p=0,048), enquanto raça/cor esteve associada à violência física (p=0,023). A vulnerabilidade individual foi compreendida por aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e percepção de risco frente às situações do ambiente de trabalho. Os componentes da vulnerabilidade social foram caracterizados pela violência de gênero, quebras na relação com clientes, práticas sexuais não acordadas e ambiente de risco. Já a vulnerabilidade programática foi identificada nas situações de acesso aos dispositivos de saúde e serviços de segurança pública. Concluiu-se que essas mulheres estão inseridas em contextos de vulnerabilidades, traduzidos em diversas formas de violência e implicados em dimensões individuais, sociais e programáticas.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerabilidade em saúde.

Violência. Profissionais do sexo. Método misto.

VULNERABILITY CONTEXTS OF VIOLENCE IN THE WORKPLACE OF FEMALE SEX WORKERS

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the vulnerabilities of the working context experienced by female sex workers in relation to violence suffered in the work environment. The study consisted of a descriptive field study, using a quantitative-qualitative approach and carried out with 158 female sex workers. The results showed that of the participating sex workers, most reported not having suffered any type of violence, although 34% were victims. Of these, 85.2% reported verbal, physical (33%) and sexual violence (7.4%). Among the associated factors, the subjection of violence and the boss as perpetrator are the degree of schooling ($p = 0.022$, $p = 0.048$), whereas race/color was associated with physical violence ($p = 0.023$). The components of social vulnerability were characterized by gender-based violence, breach in clients' relationships, unsatisfied sexual practices, and a risky environment. Individual vulnerability was understood by emotional, cognitive, behavioral and risk perception aspects of the work environment. Programmatic vulnerability was identified in situations of access to health devices (STD / AIDS prevention programs) and security services. It was concluded that these sex workers are inserted in contexts of vulnerability, translated into various forms of violence and perpetrators, and implicated in social, individual and programmatic dimensions
KEYWORDS: Vulnerability in health. Violence. Sex workers.

1 I INTRODUÇÃO

As descrições sobre a prostituição como atividade profissional constituem-se de debates milenares, podendo ser identificadas várias tentativas de controle e eliminação desta atividade. A profissão sempre sofreu diversos preconceitos e, em consequência, está situada à margem da sociedade (SCHREINER et al., 2004). As mulheres profissionais do sexo constituem um grupo estigmatizado e que vivencia diversas situações de violência, tanto física, psicológica, patrimonial e sexual (PENHA, 2012).

Ayres et al. (2003) ao definirem vulnerabilidade, descrevem-na como resultado de aspectos coletivos e contextuais relacionados a uma maior ou menor possibilidade de adoecimento. Relacionam-se também, quase de maneira intrínseca, à maior ou menor disponibilidade e acesso a recursos protetivos. Por isso, pode-se dizer que ela é multidimensional e variável. O surgimento desse conceito na área da prevenção é uma forma de superação do referencial epidemiológico, que se apoia em noções de fatores comportamentos ou grupos de risco. Na ideia de vulnerabilidade proposta, está contemplada uma síntese entre as dimensões individuais, sociais, institucionais e políticas associadas às diferentes condições de indivíduos ou grupos aos processos de adoecimento e cuidado.

Para Arboit et al. (2014), mesmo que existam avanços no sentido de reconhecimento das profissionais do sexo como um grupo vulnerável, ainda há necessidade de maiores

avanços, singularmente em relação ao reconhecimento dos direitos humanos dessas mulheres. Diante do exposto, compreender a vulnerabilidade vivenciada por profissionais do sexo é fundamental para a identificação e elaboração de políticas que garantam equidade a essas mulheres. Para tanto, objetivou-se analisar as vulnerabilidades experimentadas por mulheres profissionais do sexo relacionadas às violências vividas no ambiente de trabalho.

2 | METODOLOGIA

O estudo constituiu-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, com 158 mulheres cisgênero, que trabalham como profissionais do sexo na cidade e que são cadastradas em uma Organização Não Governamental. O recrutamento das participantes se deu através de visitas aos locais de trabalho das mulheres profissionais do sexo, com horários e datas pré-agendados conforme contato prévio com a ONG. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer n. 3.849.113.

Na enfoque quantitativo utilizou-se um questionário estruturado contendo questões relacionadas aos dados sociodemográficos e questões relacionadas ao tipo de violência sofrida. As variáveis quantitativas foram avaliadas de forma descritiva e bivariada, utilizando testes como o de normalidade Shapiro-Wilk, ANOVA, teste de Kruskall-Wallis, coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman. Todos os testes foram aplicados utilizando um nível de significância de 5 % ($p < 0.05$).

No enfoque qualitativo, a compreensão e a análise das situações de vulnerabilidade do ambiente de trabalho das profissionais do sexo tiveram como referência a abordagem qualitativa, que se volta para os significados e a intencionalidade das ações nos contextos das estruturas sociais (MINAYO, 2001). Em relação à coleta dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada que foi audiogravada e transcrita na íntegra e o nome das participantes sendo substituído pela sigla (PS).

Para a entrevista, foram convidadas 14 mulheres profissionais do sexo participantes do estudo, cuja amostragem se deu por saturação. As análises foram divididas previamente três categorias: vulnerabilidade individual, social e programática, entendidas como situações experimentadas no contexto de trabalho das profissionais do sexo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as mulheres entrevistadas, 120 (75,9%) estavam solteiras. No que diz respeito à cor, houve predominância da parda, que representou 81 (51,9%) do total de respondentes. Estudo realizado em Belo Horizonte, mostrou que das 216 profissionais do sexo entrevistas, 34,8% se declararam pardas, o que também representou maior prevalência entre as cores (VIDAL et al., 2014).

Quanto à escolaridade das participantes, 157 (99,4%) afirmaram ser alfabetizadas

e, dentre estas, houve predominância do ensino médio completo (54/34,2%). Os dados contrariam o estudo de Lima et al. (2017), que e encontrou um nível de escolaridade baixo, sendo que 59,2% não completaram o ensino fundamental.

Dentre as mulheres participantes do estudo, obteve-se uma média de idade de 27 anos. Semelhante a um estudo realizado em 2012, com 76 profissionais do sexo do Piauí, onde a maioria das entrevistadas apresentava idade até 30 anos (Penha et al., 2012). Outro estudo em Campina Grande na Paraíba, as entrevistadas possuíam idade média de 27 anos (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2010). Atualmente, é considerável o aumento do número de mulheres mais jovens que trabalham como profissionais do sexo, sobretudo visando aumento de rendimento e condições que permitam a aquisição de bens de consumo e melhor sobrevivência (BOTELHO, 2003).

A média da renda familiar das entrevistadas foi de 3.016,56 reais, diferentemente do estudo de Penha et al. (2012), que encontrou uma renda predominantemente de meio a um salário mínimo. Neste estudo, no que se refere ao tipo de habitação/casa das participantes, 92 (58,2%) são alugadas. Esse resultado assemelha-se ao de um estudo realizado em São Paulo, onde 56,0% das profissionais do sexo residiam de aluguel (SALMERON; PESSOA, 2012).

Entre as participantes 34% tenha experimentado algum tipo de violência no ambiente de trabalho, dados que se assemelham ao encontrado em um estudo com 40 profissionais do sexo, do município de Sobral no estado do Ceará, que identificou que 47,5% não havia sofrido violência no trabalho (NETO; OLIVEIRA; ROCHA, 2007).

As violências podem ser do tipo física, sexual e psicológica, com ocorrência em espaços públicos e privados. A violência física acontece quando há uma ação destinada a causar dano físico a outra pessoa. A sexual ocorre quando a pessoa em posição de poder exige que outra realize atos sexuais contra sua vontade, usando de força física ou mesmo chantagem. Em se tratando da psicológica, é toda ação destinada a produzir danos da ordem psicológica ou sofrimento moral a outra pessoa (NETO; OLIVEIRA; ROCHA, 2007).

No que se refere à violência física, encontramos 18 profissionais (33,3%) relatam terem sido submetidas. Um estudo de Vidal et al. (2014), revelou que das profissionais do sexo respondentes, 20,4% havia sofrido violência física. Quanto à violência verbal, 46 (85,2%) das respondentes referiram ter sofrido. No estudo de Neto; Oliveira; Rocha (2007) a violência verbal foi manifestada em 10% das notificações de violência sofrida por profissionais do sexo. Já em relação à violência sexual 8,4% das profissionais relataram ter sofrido no ambiente de trabalho, no estudo de Penha et al. (2012) esse índice foi de 3,2% entre as prostitutas participantes.

Verificou-se que a violência causada pelo cliente, evidenciado por 34 (68,0%) foi a representação de resultados mais significativos. Contrariando este achado, no estudo de Lima et al. (2017) que estimava a prevalência de violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras, verificou-se que os parceiros íntimos foram os principais

agressores das mulheres profissionais do sexo.

Do total de respondentes que referiram ter sofrido algum tipo de violência no ambiente de trabalho, uma participante (1,9%) relata ter notificado a violência, enquanto que 52 (98,1%) não notificaram a violência sofrida. Perfil semelhante e observado no estudo de Neto, Oliveira, Rocha (2007), que verificou que a maior parte das profissionais do sexo (48,0%) não toma nenhuma atitude após serem vitimadas.

Na análise estatística, percebeu-se que a variável “sofreu algum tipo de violência no trabalho” foi associado com o grau de escolaridade, onde houve predominância do ensino médio incompleto. Segundo Gadoni-Costa, Zucatti, Dell’Aglio (2011), o que diferencia a conduta das mulheres é que as mais esclarecidas teriam maior autonomia pessoal, diminuindo a tolerância às agressões.

A violência física esteve associada à raça/cor, com predominância da cor parda, contrariando o estudo de Lima et al., (2017) em que a violência física esteve associada a raça/cor preta. Dentre as violências verbal e sexual, nenhum dos fatores sociodemográficos estiveram associados significativamente. No estudo de Lima et al. (2017), a violência verbal esteve associada com fatores como idade de 18 a 30 anos, valor do programa, uso de álcool, drogas e uso do preservativo.

Categorização temática

Bonadiman, Machado e Lopez (2012) afirmam que as profissionais do sexo estão inseridas em cenários de extremas vulnerabilidades, as quais se associam ao ambiente, às ações e aos vínculos relacionais constituídos no ambiente de trabalho e também às condições de acesso aos serviços de saúde.

Vulnerabilidade individual

Entre os elementos mais destacados, pode-se apreender que a dimensão individual dessas mulheres, é compreendida por aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e percepção de risco frente às situações do ambiente de trabalho. A respeito das vulnerabilidades presentes no contexto de trabalho, as profissionais do sexo destacaram e reconheceram que o trabalho por elas desempenhado, por vezes as expõem a contextos vulneráveis.

Quando questionadas se as mesmas já se sentiram vulneráveis em alguma situação, verificou-se que grande parte das entrevistadas afirma tal hipótese. “Sim, e principalmente a gente se sente muito mau” (PS4). Vulnerável? Como assim? Já, já tentaram me estuprar três vezes” (PS3). “Ah sim, a gente tem sérios riscos” (PS1).

Em contrapartida, em outros depoimentos, duas das profissionais do sexo não se reconhecem neste contexto de vulnerabilidades, como representando pelas falas: “Não, sempre me senti bem a vontade no meu serviço” (PS5). “Olha, nunca, de risco para mim não” (PS6). Tais constatações vão ao encontro de estudos que revelam que algumas

profissionais do sexo também reconhecem a violência como condição inerente ao trabalho (RUSSO, 2007).

Neste mesmo sentido, destaca-se a noção de risco e comportamento sexual em virtude das práticas sexuais desenvolvidas pelas profissionais do sexo, sendo representado nas falas. “Assim quando a camisinha estourou, assim, as camisinhas estouram [...] Não fiz nada, só me lamentei” (PS7). “[…] E quando a camisinha arrebenta, a gente, é um susto muito grande porque a gente não sabe a origem da pessoa” (PS1).

A possibilidade de adquirir doenças, em especial as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids, constitui um risco constante no contexto de trabalho das profissionais do sexo. Desde o surgimento da Aids, na década de 1980, a matéria-prima do programa, o sexo comercial, tornou-se um risco operacional da profissão. Assim, as profissionais do sexo estão incluídas no grupo de vulnerabilidade às DST e à Aids (AZEVEDO et al., 2007).

Percebeu-se, ainda, que após terem sido vitimadas, as profissionais do sexo verbalizam sentimentos traduzidos em sofrimento e desgastes mentais. “[…] Quando o homem fala: Por que você tá aqui? Você é tão bonita e tal, às vezes isso machuca a gente, ninguém sabe porque está aqui dentro” (PS3). “Eu tive que ficar com um cliente que eu tive que praticamente espancar ele dentro do quarto […] isso me fez sentir muito mal” (PS8).

O estudo de Burbulhan, Guimarães, Bruns (2012) também revelou que, para as profissionais do sexo, não há dinheiro que pague pela violência sofrida no ambiente de trabalho, pois os clientes supõem que, pelo fato de estarem realizando o pagamento pelo programa, possuem o direito de violentá-las, seja psicológica ou fisicamente.

Vulnerabilidade social

Pode-se apreender a dimensão social dessas mulheres pelas experiências narradas de violência de gênero, quebras na relação com clientes, violência nas suas mais diversas formas, práticas sexuais não acordadas e um ambiente de risco. Neste sentido, as profissionais do sexo participantes reconheceram a violência sofrida no seu ambiente de trabalho, reafirmando que estas mulheres, em qualquer contexto, são vitimadas pela violência. “[...] Foi assim, quando eu comecei, eu não tinha tanta experiência, e a pessoa foi para cima de mim verbalmente, depois eu fui para cima dele tentar medir força e ele me segurou muito forte, me apertou, me jogou em cima da cama, puxou meu cabelo, falou muitas palavras feia pra mim” (PS1).

Salienta-se que a manifestação máxima de subordinação da mulher é a violência de gênero. Tal afirmação é retratada pelas profissionais nos seus discursos. “A gente tem sérios riscos [...] se um cara chegar agressivo, dentro do quarto, ou lá de fora ele mostrar uma pessoa calma e chegar lá dentro do quarto, se mostrar uma pessoa agressiva quer te estrupar, assim a força, ou quer fazer um programa a força, achar que ele é superior a você, querer te desmerecer, te diminuir dentro do quarto (PS1)”.

A violência de gênero configura-se, ainda, como um grande paradigma, refletindo sobre os modos de adoecer, qualidade de vida e de morrer de mulheres vitimadas (LIMA et al., 2013). A violência de gênero, não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino (SAFFIOTI, 2004).

Outra situação bastante mencionada refere-se à violência praticada pelos clientes contra as mulheres profissionais do sexo. Destaque se dá pelo fato de o cliente não querer pagar o acordado, exigindo uma modalidade de sexo não aceita pela profissional ou mesmo pela violência moral, quando a mulher passa por situações de humilhação (SILVA, COSTA, NASCIMENTO, 2010). "Eu me lembro uma vez que o cliente queria penetrar sem camisinha, e eu tive que empurrar ele, sair, e ele me puxou e chegou a machucar meu braço (PS2). [...] Nossa você tem que fazer isso porque eu tô pagando você para isso (PS2)". De fato, como os demais fenômenos sociais, também o patriarcado está em permanente transformação, ainda sob a influência do sexismo reinante na sociedade (SAFFIOTI, 2004).

Percebe-se através das narrativas apresentadas acima, relações de poder entre cliente e profissionais do sexo implicadas em seu contexto de trabalho. Foucault (1979), em Microfísica do Poder, afirma que o poder circula por todos os lugares, sendo, portanto, uma relação de forças, percorrendo por todos os indivíduos. Neste sentido, o contrapoder das profissionais do sexo está também na não aceitação de uma prática sexual imposta pelo cliente.

De acordo com Heidegger (2008), a prostituição é um mundo relacional, no qual, por constituir-se em troca de satisfação e fantasias sexuais, por dinheiro e sem contrato formal, é provável que haja rompimentos nessa relação. Nessa quebra, a violência pode vir junto.

As profissionais vivenciam situações bastante inseguras em seu contexto de trabalho por estarem expostas a ambientes determinantes de atos violentos. "[...] Tava eu mais uma amiga, o cara pois a gente no carro, foi sentido ao motel dentro da cidade, mas ele desviou o caminho, e a gente teve que descer do carro andando e inclusive ela ralou a perna tudinho assim e ele tava levando a gente pra saída de Uberlândia (PS3)".Depreende-se que a profissional do sexo não sabe o que pode encontrar em uma relação que envolve dois corpos com desejos diferentes e cujas necessidades são negociadas, onde não há garantia de que o serviço por elas prestado seja seguro (BURBULHAN; GUIMARÃES; BRUN, 2012).

Vulnerabilidade programática

Essa categoria expressa a narrativa das profissionais do sexo, no que diz respeito a situações de acesso aos dispositivos de saúde (programas de prevenção DST/AIDS) e serviços de segurança pública. De acordo com Ayres et al. (2003), a vulnerabilidade programática está implicada nos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar social, físico e psicológico.

Neste sentido, as profissionais do sexo, vivenciam em suas práticas, situações em

que as deixam mais expostas, nas quais recorrem aos serviços de saúde para a realização de exames e testes rápidos como forma de detecção de doenças. Verificou-se nos discursos que apenas uma das profissionais do sexo referiu ter procurado o serviço de saúde para este fim. “[...] Já estourou camisinha, então pode haver probabilidade do risco de doenças, né? Mas não tem, porque depois disso já fiz exame (PS9)”.

Destaque se dá para as situações do ambiente de trabalho das quais as profissionais vivenciam e que por sua vez, não oferecem qualquer tipo de segurança. “[…] Também não acionou nem polícia, nem conselho tutelar para não dar em nada, abafou o caso (PS3). Os caras me levou, me sequestrou, queria me matar, só que daí o cara que eu tava na casa dele chamou a polícia, aí eles ia levar para me matar e a polícia pegou e abordou o carro (PS10)”.

O exercício da prostituição é cercado por situações de violação de direitos, como percebemos na narrativa: “[...] Os donos não gosta que chama a polícia, eles não aceita, eles preferem que as menina peguem as coisas e vão embora do que ligar para a polícia, tipo eles não deixa nós ligar para a polícia para não sujar a casa, eles pega e fala pra a gente ir embora, pegar as coisas da gente e não vim trabalhar mais ou muitas vezes eles aplicam uma multa na menina, tipo, ela brigou com um cliente, discutiu, eles não quer saber se o cliente tá errado, se a menina tá errada, para eles o cliente sempre é certo, eles simplesmente manda a menina ir embora (PS3)”.

Para Olivar (2012), é de extrema importância que a prostituição ganhe um novo olhar, para que essas mulheres sejam vistas como sujeito de direitos, que por sua vez, possam ter garantidos seus direitos laborais. Em contrapartida existem dois grandes obstáculos para esse reconhecimento que são da ordem da sexualidade e do gênero, para isso é imprescindível que essas questões estejam em pauta nas discussões numa tentativa de politização destas temáticas.

Muito embora a atenção às profissionais do sexo tenha passado a ser norteada pela perspectiva da vulnerabilidade, constata-se que as mesmas têm recebido pouca atenção dos órgãos de saúde pública e de pesquisadores da área da saúde no Brasil. Desse modo, há um desconhecimento das dimensões dessa problemática, bem como os aspectos relacionados com a vulnerabilidade à violência a que são submetidas, sendo esse conhecimento substancial para orientação de programas e ações preventivas e de promoção de saúde (ARBOIT et al., 2014).

4 I CONCLUSÃO

Encontrou-se que das mulheres profissionais do sexo entrevistadas, a maior parte se declarou solteira, parda, possuindo ensino médio completo, com uma média de idade de 27 anos. Mais de um terço das profissionais do sexo referiu ter sofrido algum tipo de violência no ambiente de trabalho, e das violências das quais são vitimadas, a violência

verbal obteve resultados mais expressivos, seguido da violência física e por final, sexual.

Os componentes da vulnerabilidade social foram identificados pelas experiências narradas de violência de gênero, quebras na relação com clientes, violência nas suas mais diversas formas, práticas sexuais não acordadas e um ambiente de risco. No que diz respeito à vulnerabilidade individual das profissionais do sexo, esta foi compreendida por aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e percepção de risco frente às situações do ambiente de trabalho. Já a vulnerabilidade programática foi identificada nas situações de acesso aos dispositivos de saúde e serviços de segurança.

Os resultados encontrados foram significativos, posto que, proporcionaram mais conhecimento acerca das vulnerabilidades vivenciadas no ambiente de trabalho das mulheres profissionais do sexo. Neste sentido, a busca por dados qualitativos com o propósito de compreender as situações que envolvessem as profissionais do sexo em análise, possibilitou revelar os aspectos inerentes à prostituição como atividade profissional e sua intersecção com o ambiente de trabalho que, por vezes é demarcado por elementos constitutivos de violação de seus direitos.

REFERÊNCIAS

ARBOIT, J. et al. Situações de vulnerabilidade à violência de mulheres profissionais do sexo: interfaces no campo da saúde. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 3784-3789, 2014.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AZEVEDO, R. L. W. et al. O cotidiano do trabalho de profissionais do sexo: a vulnerabilidade laboral. In: **CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA**, 2007. Lisboa. Anais eletrônicos... Disponível em: <http://apps.siquant.pt/aidscongress/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=258>. Acesso em: 12 set. 2017.

BOTELHO, S. M. N. **Prostituição de adolescentes: uma imagem construída na adversidade da sociedade.** 2003. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2003.

BONADIMAN, P. O. B.; MACHADO, P. S.; LÓPEZ, L. C. Práticas de saúde entre prostitutas de segmentos populares da cidade de Santa Maria-RS: o cuidado em rede. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 789-801, 2012.

BURBULHAN, F.; GUIMARÃES, R. M.; BRUNS, M. A. T. Dinheiro, afeto, sexualidade: a relação de prostitutas com seus clientes. **Psicol em Est**, Maringá, v. 17, n. 4 p. 669-677, 2012.

GADONI-COSTA, L. M.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL'AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Est Psicol**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 219-227, 2011.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 12. ed. São Paulo: Vozes, 2008.

FOUCAULT, Michel . **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

LIMA, F. S. S. et al. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Brasília, v. 33, n. 2, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETO, F. R. G. X.; OLIVEIRA, J. S.; ROCHA, J. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas. REME – **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 248-253, 2007.

OLIVAR, J. M. N. Prostituição feminina e direitos sexuais... diálogos possíveis? **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 88-121, 2012.

PENHA, J. C. et al. Caracterização da violência física sofrida por prostitutas do interior piauiense. **Rev. Bras. Enferm,** Brasília, v. 65, n. 6, p. 984-990, 2012.

RUSSO, G. No labirinto da prostituição: o dinheiro e seus aspectos simbólicos. **Cad. CRH,** Salvador, v. 20, n. 51, p. 497-514, 2007.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. Editora: Perseu Abramo, 2004.

SALMERON, N. A.; PESSOA, T. A. M. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 549-554, 2012.

SCHREINER, L. et al. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. Rev. **Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p. 13-20, 2004.

SILVA, E. F.; COSTA, D. B.; NASCIMENTOS, J. U. O trabalho das profissionais do sexo em diferentes lócus de prostituição da cidade**. Psicologia:** Teoria e Prática, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 109-122, 2010.

VIDAL, C. E. L. et al. Preditores de transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o self-reporting questionnaire**. Rev. J. Bras. Psiquiatr**, v. 63, n. 3, p. 205-212, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n3/0047-2085-jbpsiq-63-3-0205.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

CAPÍTULO 8

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HABILIDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Data de aceite: 01/02/2021

Rafael Britto de Souza
http://lattes.cnpq.br/5738348173530537

Claudia Teixeira Gadelha
http://lattes.cnpq.br/7936905528807658

Vicente Thiago Freire Brazil
http://lattes.cnpq.br/3922153001209706
https://orcid.org/0000-0003-0830-6349

Danielly Maria Marques Brazil
http://lattes.cnpq.br/4692993629269190

RESUMO: O treino em habilidades sociais é uma estratégia efetiva de prevenção ao uso, abuso e dependência de substâncias. Entretanto, no campo brasileiro das políticas públicas de atenção à saúde observa-se pouca utilização ou divulgação desta estratégia. Este estudo tem como objetivo ressaltar a importância do treino em habilidades sociais aplicada ao tratamento e prevenção do uso de substâncias. A partir da definição de Habilidade social, mostramos sua afinidade com uma definição ampliada de saúde-doença e sua pertinência aos diversos níveis de prevenção. Em seguida, são apresentadas referências de diversos manuais de tratamento ao uso de substâncias que recomendam o treino em habilidade social. Concluímos o texto com uma breve discussão acerca do descompasso entre a ampla aceitação empírica e política do treino de habilidades sociais e sua pouca utilização e divulgação nos centros especializados em tratamento e pesquisa de abuso de substância.

PALAVRAS-CHAVE: Habilidade Social – Abuso de substância – Políticas Publicas.

ABSTRACT: Social skills training is an effective strategy to deal with use, abuse and dependence of psychoactive substances. Nevertheless, in Brazilian field of public policies this strategy has not been widely applied or discussed. This paper aims to draw attention to that issue. We begin by presenting the definition of social skills in order to show how close this construct is to a broad definition of health adopted by OMS. We make references to multiple manuals of treatment that recommend training in social skills as part of treatment and prevention of substance abuse throughout the three level of prevention and treatment. This paper closes with a brief discussion about some reasons for the existence of a gap between the widespread acceptance of the importance of social skill training in treatment of substance abuse and its underuse by Brazilian professionals.

KEYWORDS: Social Skill – Substance Abuse – Public Policy.

DEFININDO HABILIDADES SOCIAIS

O estudo do campo das Habilidades Sociais é bastante complexo. A própria definição do conceito é controversa. Não existe critério *a priori* que possa caracterizar um comportamento como socialmente habilidoso. Vários fatores podem concorrer para corroborar esta colocação. Alguns desses possíveis fatores seriam: 1) o comportamento socialmente habilidoso varia de

cultura para cultura; 2) varia dentro de uma mesma cultura, de acordo com cada subcultura; 3) Varia de pessoa para pessoa dentro de uma mesma cultura ou subcultura; 4) a mesma pessoa pode produzir comportamento diferentes diante de uma mesma situação e, mesmo assim, ambos serem classificados como socialmente habilidosos.

Observa-se, assim, que o conceito de habilidades sociais não se presta facilmente a nenhuma definição *a priori* (prévia ao contexto de aplicação) ou mecanicista (que pressuponha uma ligação linear e imutável entre o comportamento e o ambiente). A consideração destes fatores e a recusa de um ceticismo em relação à definição de habilidades sociais levou alguns autores (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1996; CABALLO, 2002; LINEHAN, 1984) a definirem comportamento socialmente habilidoso fazendo referência à efetividade de sua função em uma situação.

Apesar do mérito de escapar do apriorismo e do mecanicismo, a definição de habilidades sociais baseada exclusivamente na efetividade dos comportamentos vem sendo criticada por vários autores (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1996; CABALLO, 2002, SCHROEDER e RAKOS, 1983) devido ao fato de comportamentos efetivos poderem ser consensualmente classificados como não-habilidosos socialmente. Como exemplos pode-se citar algumas formas de comportamentos agressivos e o comportamento corriqueiro de comentar tolices.

Sendo assim, Del Prette e Del Prette (1996) sugere que a definição de habilidade social não deveria prescindir do conteúdo e centrar-se apenas na eficácia, sendo mais adequado conjugar estas duas dimensões. É precisamente esta conjunção que é proposta na definição que será adotada neste trabalho.

> O comportamento socialmente habilidoso é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejo, opiniões ou direitos destes indivíduos, de um modo adequado à situação, respeitando estes comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas (CABALLO, 2002, p. 365).

No que se refere à funcionalidade, a definição de Caballo aponta para a eficácia do comportamento socialmente habilidoso em resolver satisfatoriamente problemas. Qualifica-se como satisfatória a resolução de problemas que contempla o respeito à individualidade dos envolvidos e que não aumenta a probabilidade de problemas futuros em nome da resolutividade de problemas imediatos.

Para especificar melhor a dimensão funcional do comportamento socialmente habilidoso, Linehan (1984) propõe que a eficácia do comportamento em solucionar problemas deve ser avaliada levando-se em consideração três possíveis objetivos da interação: 1) Consecução de objetivos imediatos, 2) Manutenção ou melhoria da relação com o outro, 3) manutenção ou melhoria a autoestima. A importância relativa de cada um destes objetivos também não pode ser estabelecida à priori. Desta forma:

> O valor desses objetivos varia com o tempo, as situações e os personagens. Quando um paciente tenta devolver uma mercadoria defeituosa a um estabelecimento, a eficácia no objetivo (conseguir que troquem o produto ou lhe devolvam o dinheiro) pode ser mais importante que a eficácia na relação (manter a relação positiva como encarregado do estabelecimento), ao tentar que nosso(a) melhor amigo(a) vá assistir um determinado filme, a eficácia da relação (manter a relação íntima) pode ser mais importante que o objetivo (conseguir que o (a) amigo(a) vá ao cinema). (LINEHAN, 1984, p.23)

Segue-se daí que a eficácia de um comportamento social dependeria da satisfação de determinados objetivos e, o estabelecimento destes mesmos objetivos depende da importância relativa definida momento a momento, de acordo com variáveis pessoais, sociais e contextuais. Entretanto, apesar desta imensa inter-relação de variáveis, "Em geral, espera-se que o comportamento socialmente habilidoso produza reforçamento positivo mais frequentemente do que punição. Em nível clínico, é importante avaliar tanto o que a pessoa faz quanto as reações que seu comportamento provoca nos demais". (CABALLO, p. 365).

Essa necessidade de incluir as reações dos outros na definição de um comportamento socialmente habilidoso aponta novamente para o caráter não-absoluto, apriorista ou mecanicista do construto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o conceito de habilidades para a vida como estratégia de prevenção a diversos problemas relacionados a saúde de adolescentes como uso de substâncias, promiscuidade sexual, dentre outras (OMS, 1997). Habilidades específicas consideradas como integrantes das habilidades para a vida são: autoconhecimento, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com os sentimentos, lidar com o estresse, comunicação eficaz, pensamento crítico, pensamento criativo, tomada de decisão e resolução de problemas

Em termos genéricos, podemos considerar que os termos habilidades sociais e habilidades para a vida podem ser utilizados de forma intercambiável pois se referem basicamente aos mesmos tipos de habilidades a serem desenvolvidas. A diferença de nomenclatura se deve muito mais a origem epistemológica dos termos (derivando da análise do comportamento e da saúde pública internacional respectivamente) que a uma diferença significativa no campo prático. O mesmo pode ser dito em relação a alguns conceitos da saúde pública brasileira como a "flexibilidade" que pode ser considerada uma característica desenvolvida com o auxílio de inúmeras habilidades sociais. O pressuposto do treino de habilidades sociais no entanto, é que habilidades específicas, muitas vezes consideradas tão básicas (como o tom de voz em que se fala, ou a cadência da fala ou a escolhas de palavras de acordo com o contexto social) que parecem irrelevantes, desnecessárias ou mesmo normatizantes, podem ser o diferencial na capacidade de comunicação e sociabilidade eficaz de uma pessoa.

Assim como não há um conceito bem definido e universalmente aceito de habilidades

sociais, não há uma categorização oficial ou bem estabelecida dos tipos componentes das habilidades sociais.

Del Prette e Del Prette (2009) discutem a padronização da avaliação em habilidades sociais que decorre do teste psicológico brasileiro, reconhecido pelo conselho federal de psicologia, de ampla aplicação "Inventário de Habilidades sociais" (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2009). Os itens analisados neste teste visam fazer uma avaliação das habilidades sociais de uma forma mais global através de 38 itens, que podem ser classificados em cinco grandes categorias: 1. Enfrentamento e autoafirmação com risco; 2. Autoafirmação na expressão de sentimento positivo; 3. Conversação e Desenvoltura Social; 4. Auto exposição a desconhecidos e Situações novas e 5. Autocontrole da agressividade.

Embora este teste seja o instrumento mais utilizado para a avalição de habilidades sociais, especialmente em contexto de pesquisa, muitos outros teóricos apresentam outros tipos de comportamentos que poderiam ser considerados como habilidades sociais. Silva (2012) argumenta que "as habilidades sociais devem incluir conteúdos teórico-práticos de vários modelos, visando ajudar na resolução de conflitos e na comunicação adequada, permitindo assim enfrentar diversas situações de forma assertiva."

Para Caballo (2002), as dimensões componentes do constructo das habilidades sociais são: 1. Iniciar e manter conversações. 2. Falar em público. 3. Expressões de amor, agrado e afeto. 4. Defesa dos próprios direitos. 5. Pedir favores. 6. Recusar pedidos. 7. Fazer obrigações. 8. Aceitar elogios. 9. Expressão de opiniões pessoais, inclusive discordantes. 10. Expressão justificada de incômodo, desagrado ou enfado. 11. Desculpar-se ou admitir ignorância. 12. Pedido de mudança no comportamento do outro. 13. Enfrentar as críticas.

Apesar de expor esta lista, ainda apresenta técnicas que se relacionam a outras habilidades como exercício para a defesa dos direitos humanos básicos, treino assertivo, treino em habilidades de comunicação, exercícios de terapia racional emotiva, procedimentos para iniciar e manter conversações, treinamento de procedimentos de "ataque" e de "defesa".

Um dos aspectos componentes das habilidades sociais e que vem recebendo uma atenção especial por parte de pesquisas e atividades terapêuticas é o treino assertivo. Segundo Gehm (2013): "A assertividade pode ser entendida como a capacidade de afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada; no entanto, essa afirmação não deve violar o direito das outras pessoas." O treinamento assertivo é de primordial importância para um adequado treino de habilidades sociais pois é base para uma comunicação e relacionamento interpessoais saudáveis que são baseados no respeito mútuo e que geralmente se traduz em relações de amizade e camaradagem nas quais as relações de poder são pulverizadas e os indivíduos respeitados.

O ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Saúde mental é um termo que é usado atualmente para denotar algo mais do que a mera ausência de doenças ou transtornos mentais (OMS, 2001). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) os determinantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos e, por esta razão, não existiria uma definição oficial de saúde mental. Saúde e doença fariam assim, parte de um contínuo que está relacionado a aspectos econômicos, sociais, culturais e pessoais associados ao estilo de vida. O construto científico de saúde, em seu sentido lato engloba a dimensão da saúde mental e descreve um completo bem-estar físico, social e psíquico (OMS, 2006).

Apesar da não operacionalidade da definição e do caráter utópico da mesma, uma vez que "completo" é um termo inatingível e insustentável no que se refere a bem-estar, a definição aponta para a multifatorialidade do conceito de saúde e para a necessidade de integrar várias dimensões da vida do indivíduo quando se trata de compreender sua saúde-doença.

Apenas de posse deste esboço sobre a definição de saúde podemos empreender uma busca pela definição de transtorno mental, visto que é sobre o fundo do conceito de saúde que este deve ser interpretado e não, ao contrário, como acontecia quando a saúde era considerada apenas a ausência de doenças e, portanto, bastava-se elaborar uma definição de doença para que se tivesse, por exclusão, a definição de saúde (ou seja, a ausência de doença).

O transtorno por abuso ou dependência de substância é categorizado no campo dos transtornos mentais. É relevante mencionar a permanência da distinção físico-mental, mesmo após a adoção de uma definição globalizante de saúde. Ou seja, mesmo após abolida teoricamente a dicotomia saúde-doença, a dicotomia mente-corpo permanece. Esta dicotomização da nomenclatura, infelizmente não é apenas teórica, sendo refletida na prática de cuidado, onde se observa que a dimensão 'mental' da saúde é reiteradamente negligenciada quando comparada com a dimensão física.

A característica essencial do abuso de substância, segundo a expressão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-TR "é um padrão mal adaptativo de uso de substância". (APA, 2000, s/p). A escolha do conceito de adaptação como essencial para a definição de abuso implica em uma opção pela relação do sujeito com o ambiente como sendo a função principal a ser levada em consideração.

Assim, o abuso de substância não seria caracterizado *a priori* partindo de uma quantidade ou mesmo de uma frequência específica de uso. O abuso seria "manifestado por **consequências** adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância" (APA, DSM-IV-TR, 2000, s/p, grifo nosso).

A outra dimensão essencial do conceito de abuso de substância fornecida pelo DSM-IV é que este uso mal adaptativo se constitua em um padrão. Ou seja, as consequências

adversas decorrentes do uso (e não o uso em si mesmo) devem acontecer de maneira recorrente, durante o mesmo Período de 12 meses". (APA, DSM-IV-TR, 2000, s/p).

Neste trabalho nos valemos do conceito de abuso de substância, que não deve ser confundido com o conceito de dependência, uma vez que no abuso de substância a presença de compulsão, abstinência ou tolerância não são necessárias. O motivo da adoção do conceito de abuso neste trabalho é a maior facilidade de inclusão neste diagnóstico do que no diagnóstico de dependência, assim como a natureza mais social desta categoria. Também justifica esta escolha, o fato de que já na categoria de abuso de substância encontramos as principais consequências sociais negativas da relação com a substância.

O Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), em sua décima versão optou pelo termo 'nocivo' ao referir-se ao uso de substâncias, elencando como critério de nocividade do uso, a evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu de forma significativa) por dano físico ou psicológico ou disfunção no comportamento. O período de doze meses também é adotado.

De acordo com a organização mundial de saúde (OMS, 2001a), o consumo abusivo de substâncias psicoativas gira em torno de 10% entre as populações dos centros urbanos do mundo. Este número é válido independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Para o Ministério da Saúde (2003) esta realidade descreveria de forma significativa, em termos epidemiológico, a realidade do abuso de substância no Brasil. Dentre as drogas, o uso abusivo de álcool aparece como sendo o de maior prevalência mundial.

De acordo com a *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, o alcoolismo é o maior problema de saúde pública do país (BRASIL, 2003). Levando em consideração os dados coletados no DATASUS (2001) o número de internações decorrentes de problemas relacionados ao uso de álcool foi quatro vezes maior que o número de internações relacionados ao uso de outras substâncias. Totalizaram 84. 467 internações decorrentes do uso de álcool (p. 18, 2003, MS). Assim, os custos oriundos do consumo de álcool são de grande magnitude, chegando a 60 milhões, apenas para o SUS, em 2001.

PREVENÇÃO E TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS

Em consonância com os preceitos de saúde visto de forma ampliada, temos na *Constituição Federal do Brasil* de 1988, em seu artigo 196, a noção de saúde como processo e, correspondentemente, os princípios norteadores de intervenções em saúde:

> A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Desta forma, atrelada à ideia de que saúde e doença fazem parte de um contínuo, enfatiza-se a necessidade de implementar ações preventivas que impliquem na redução do risco de doenças. Nesse sentido, implementam-se ações nos mais diversos contextos com vistas à melhoria da saúde dos indivíduos e populações, como aplicação de vacinas, vigilância de águas e alimentos para consumo, ações de saneamento básico, distribuição de remédios preventivos de agravos à saúde, ações de educação em saúde, entre outros. Destaca-se que a compreensão e divulgação de atividades preventivas são divulgadas e evidentes no contexto biomédico, sendo de divulgação geral até mesmo pela mídia, enquanto que ações relacionadas à saúde mental são desconhecidas, por vezes até mesmo por profissionais da saúde. Desta forma, a escovação de dentes é uma prática corriqueira da população, mas o treino de habilidades sociais por exemplo não o é.

Enquanto componente do conceito de saúde-doença, a saúde mental deveria atender aos mesmos preceitos de outras áreas da saúde. Nota-se que o princípio da integralidade da saúde "Atendimento integral, **com prioridade para as atividades preventivas** sem prejuízo dos serviços assistenciais" (BRASIL, 1988, art. 198, inciso II, grifos nossos) ainda não integra satisfatoriamente a prática da saúde mental, sendo ainda dado ênfase aos procedimentos de reabilitação.

De acordo com o modelo tradicional de Leavell e Clark (*apud* BATISTELLA 2000), a prevenção em saúde pode se dar em três níveis: primário, secundário e terciário. As ações de nível primário compreendem as ações de promoção e proteção e "visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças" (BRASIL, 1990). Neste âmbito, as ações de promoção são mais generalistas que as de proteção que incidem sobre a chance específica de determinada doença. As ações de prevenção secundárias visam ao diagnóstico precoce e tratamento de patologias ainda não completamente instauradas. No nível de prevenção terciário, buscam-se limitar os danos decorrentes de uma patologia instaurada e reabilitar o indivíduo de forma a reduzir danos e reinstaurar níveis anteriores de saúde.

Segundo as *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do Uso de Drogas* (UNODC, 2013), os procedimentos de treino de Habilidades Sociais são importantes fatores pessoais de proteção no desenvolvimento de problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool, especialmente em pré-adolescentes. Wagner e Oliveira (2007) argumentam que, segundo um dos modelos teóricos que analisa a relação entre déficit de habilidades sociais e uso de substâncias, crianças que não desenvolvem precocemente habilidades de interagir socialmente, podem ser rechaçadas por seus pares, envolvendo-se em atividades poucos saudáveis como o uso de substâncias. Paiva e Rodrigues (2008) sugerem que o psicólogo insira o treino de habilidades sociais (ou habilidades para a vida) em diferentes contextos nos quais o adolescente se insere como escolas, unidades básicas de saúde (UBS), centros de referência da assistência social ou quaisquer outros dispositivos ligados a crianças e adolescentes.

De acordo com Cunha e colaboradores (2007), o uso de substâncias e o déficit de habilidades estão intimamente inter-relacionadas. Muitas vezes, para compensar o déficit de habilidades sociais e para diminuir o nervosismo relacionado ao contato social, muitos indivíduos recorrem ao abuso de substâncias. Ademais, o incentivo social à ingestão de álcool costuma ser um forte fator de aprovação social que o sujeito não recebe de outras formas. Assim, o uso de substâncias torna-se uma "muleta" do indivíduo que tem déficit de habilidades sociais pois compensa muito de suas inaptidões. Este tipo de inter-relação por sua vez, aumenta a chance de futuras interações em contextos de uso, com companhias que o incentiva e com pessoas que, muitas vezes, são igualmente pouco habilidosos. Para Del Prette e Del Prette:

> Um repertório em habilidades sociais ajuda nas relações interpessoais, previne a exclusão social e consequentemente a utilização de substâncias psicoativas porque, se o individuo emite diversos comportamentos, mas de forma adequada, não terá necessidade de recorrer a substâncias para saber lidar com as situações adversas da vida quotidiana. As habilidades sociais ajudam na resolução de problemas, na comunicação, na cooperação em prol de um conjunto de atitudes e consequentemente, comportamentos adequados. Mais do que agir de forma assertiva é necessário criar estratégias que permitam agir adequadamente. Neste contexto, as habilidades sociais representam um universo maior (DELL PRETTE, DELL PRETTE, 1999: 29).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (BRASIL, 2003), os fatores de risco e proteção relacionados ao uso de substâncias podem ser identificados nas várias esferas da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência socioambiental (BRASIL, 2003).

De acordo com atual modelo explicativo de saúde-doença, que embasa o supracitado documento, podemos considerar que múltiplos fatores contribuem para a mudança de situação de saúde-doença dos indivíduos. A modificação de um ou mais fatores de risco ou proteção cumulativamente, podem determinar o estabelecimento ou não de determinado problema de saúde, a sua gravidade, cronicidade e mesmo o impedimento de ocorrência.

Neste contexto, o treino em habilidades sociais é uma estratégia efetiva de prevenção ao uso, abuso e dependência de substâncias. Inúmeros estudos apontam uma correlação entre abuso de substâncias e déficit de habilidades sociais. Estudos inclusive relacionam substâncias específicas com o déficit de habilidades sociais como em relação ao álcool (ALVAREZ, 2007; BARROS *et al*, 2007; CUNHA *et al*, 2007; SANTOS e VELOSO, 2008; OLIVEIRA, 2010; SILVA e PADILHA, 2011; CUNHA *et al*, 2012,), à maconha (WAGNER e OLIVEIRA, 2007; WAGNER e OLIVEIRA, 2009; WAGNER *et al*, 2010) e ao tabagismo (PINHO e OLIVEIRA, 2007; RONDINA, 2010; RODRIGUES e SILVA, 2011).

Consequentemente, o treinamento em habilidades sociais é recomendado como estratégia de prevenção e tratamento nos mais diversos manuais de tratamento ao uso de substâncias (OMS, 2001; ONU 2003; BRASIL, 2003; PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2006; BRASIL, 2007; UNODC, 2013). Dentre estes, podemos destacar a *Política Nacional de Atenção Integral ao Usuários de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2003), orientação do ministério da saúde sobre como tratar pacientes usuários de álcool e outras drogas, que destaca entre os seus determinantes:

> No domínio individual, podemos identificar como principais fatores de risco a baixa autoestima, ***falta de autocontrole e assertividade,*** comportamento antissocial precoce, doenças pré-existentes (ex: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade), e vulnerabilidade psicossocial. Como fatores de proteção, a ***apresentação de habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade de cooperar, autonomia*****,** responsabilidade, ***comunicabilidade*** são os mais influentes, paralelamente à vinculação familiar-afetiva ou institucional. (BRASIL, 2003, grifos nossos)

Como se percebe, o treino em Habilidades Sociais é um dos fatores mais pesquisados e estabelecidos na prevenção ao uso, abuso e à dependência das mais diversas substâncias. Entretanto, pouca literatura no campo específico da saúde coletiva brasileira pode ser encontrada que proponha uma metodologia de intervenção nesta área. As intervenções mais divulgadas são em sua maioria aplicadas ao contexto escolar, para prevenção primária (MURTA, 2005; DANTAS, 2006; LÖRH *et al.*, 2007; CORRÊA, 2008; MINTO *et al.*, 2006; MURTA *et al*, 2009; PRADO, 2009). Embora este tipo de ação se mostre de extrema importância na prevenção primária, ainda não contempla as pessoas que já são usuárias de substâncias, e que poderiam ser beneficiadas também.

Infelizmente, parte da razão pela qual as intervenções baseadas em treino de habilidades sociais não se desenvolvem se deve, em nossa opinião, a uma questão político-ideológica. Existe uma concepção extremamente deturpada de que o treino de habilidades sociais só pode ser encarado como uma forma de pacificar e normatizar os indivíduos. Este tipo de argumento, parte do pressuposto que a normatização é consequência do treino diferencial que ocorre nestas intervenções. No entanto, há que se identificar o que realmente significa "normatizar". Por um lado, a pessoa se torna mais habilidosa socialmente, o que às vezes pode induzir a uma aculturação, através do compartilhamento de símbolos e atitudes. Esta aculturação pode ser considerada "normatização", por alguns.

Por outro lado, o resultado mais frequente, e o real objetivo do treino de habilidades sociais é a assertividade, não a passividade do sujeito. Talvez daí se origine parte do medo em relação ao tema: ele é potencialmente revolucionário. O resultado são pessoas mais capazes de conseguir seus objetivos, argumentar a favor de si mesmas, reconhecer as condições que as determinam e exigir que os outros mudem, quando necessário e justo for.

Habilidades sociais usualmente são consideradas triviais porque muitas vezes são aprendizados básicos e por isso muitos profissionais as subestimam por pressuporem que

as pessoas que não as usam, o fazem por escolha. A dificuldade surge da descrença na possibilidade de treinamento de comportamentos que usualmente são aprendidos espontânea e informalmente pela maioria das pessoas. Porém, é importante que estes comportamentos sejam estruturadamente e profissionalmente disponibilizados para pessoas que não tiveram as condições sociais privilegiadas de os acessarem no seio familiar durante os anos formativos.

REFERÊNCIAS

ABDETRAN - Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito. *Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito*. Brasília, CETAD/ RAID; 1997. p. 87.

ALVAREZ, A. M. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*., Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p.188-193, 2007.

APA (American Psiquiatric Association). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 ed., Text Revision (DSM-IV-TR), 2000. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/cla/d_dep_qui.htm>.

BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. (2007) Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n. 4, p. 502-509, 2007.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). *O Território e o Processo Saúde-Doença* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007.168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília, Distrito Federal, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. (2001) *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde*, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (1990) *ABC do SUS: doutrinas e princípios.* Brasília, Distrito Federal, 1990.

BRASIL. Senado Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1998.

CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento.* Livraria Editora Santos: São Paulo, 2002.

CORRÊA, C. I. M. *Habilidades Sociais e Educação: programa de intervenção para professores de uma escola pública*. 2008. 142 f. Tese (Doutorado em Educação, na Área de concentração Ensino na Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2008.

CUNHA, S. M.; CARVALHO, J. C. N.; KOLLING, N. M.; SILVA, C. R; KRISTENSEN, C. H. (2007) Habilidades Sociais em Alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, 2007.

CUNHA, S.M.; PEUKER, A.C.; BIZARRO, L. (2012) Consumo de Álcool de Risco e Repertório de Habilidades Sociais entre Universitários. *Psico*, v. 43, n.3, p.289-297, 2012.

DANTAS, A. C. G. (2006) Personalidade, estilos de atribuição e habilidades sociais em adolescentes. *Ciências e Cognição*, Rio de Janeiro, v. 7, p.14-26, 2006.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. (1996). Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. *Psicologia:* Reflexão e Crítica, 9(2), 233-255.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE. A *Psicologia das Habilidades Sociais*: terapia e educação. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DEL PRETTE, Z.A.P. & DEL PRETTE, A. (2009). Avaliação das habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In A. DEL PRETTE; Z.A.P. DEL PRETTE (Org.), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp. 187-229). Petrópolis: Vozes, 2009

GEHM, T. P. *Apostila específica EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/MG*. Internet: Educapsico. 2013.

LINEHAN, M. Interpersonal effectiveness in assertive situations. In: BEECHMAN, E. A. (org.). *Behavior modification with women*. New York: Guilford Press, 1984.

LÖHR, S. S.; PEREIRA, A. C. S; ANDRADE, A. L.M.; KIRCHNER, L. F. Avaliação de Programas Preventivos: relato de experiência. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n.3, p.641-649, set/dez 2007.

MINTO, E. C.; PEDRO, C. P.; NETTO, J. R. C.; BUGLIANI, M. A. P.; GORAYEB, R. (2006) Ensino de Habilidades de Vida na Escola: uma experiência com adolescentes, *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.11,n.3, p. 561-568, set/dez 2006.

MURTA, S, G. (2005) Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia:* Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.18, n.2, p.283-291.

MURTA, S. G.; BORGES, F. A.; RIBEIRO, D. C.; ROCHA, E. P.; MENEZES, J. C.L; PRADO, M. M. (2009) Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia*, v. 14, n. 3, setembro-dezembro/2009, p. 181-189, 2009.

OLIVEIRA, P. A. *Habilidades Sociais, Depressão, Ansiedade e alcoolismo em Bombeiros: um estudo correlacional*. 2010. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

ONU. Office on drugs and Crime (2003) *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: a practical planning and Implementation Guide*. New York. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (2006). *Dollars, Dalys and Decisions: Economic Aspects of the Mental Health System*. Geneva. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÙDE. *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental*: Nova Concepção, Nova Esperança. OMS, Genebra, 2001a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *The World Health Report: mental health, new understanding*. Geneva. 2001b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Life Skills Education in Schools (Programme in Mental Health)*. Geneva, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAIVA, F. S.; RODRIGUES, M. C. (2008) Habilidades de Vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 672-684, julho a dezembro. 2008. Para conclusão sobre programas de habilidades para a vida em escolas como estratégia de prevenção ao uso

PINHO, V.D. de; OLIVA, A.D. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.* Rio de Janeiro, v. 3, n.2, 2007. Não paginado.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Secretaria de Participação e Parceria (2006) *Guia Prático Sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde*, São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria, 2006. 117 p.

RODRIGUES, V.S.; SILVA, J.G da; OLIVEIRA, M.S. Habilidades sociais e tabagismo: uma revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro. v 63, n1, p. 31-41, 2011.

RONDINA, R. C. A relação entre tabagismo e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 83-95, 2010.

SCHROEDER, H. E. Y.; RAKOS, R. F. (1983) The Identification and Assessment of Social Skills. In: *New directions in Social Skills Training*. Londres: Croom Helm, 1983. 263 f.

SANTOS, M.S.D dos; VELÔSO, T.M.G. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 619-634, 2008.

SILVA, A. J. G. *Habilidades Sociais: uma ponte para o autoconhecimento*. 2012. 143 f. Dissertação (Mestrado em Educação - Educação de Adultos e Intervenção Comunitária), Mestrado em Ciência da Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2012.

SILVA, S.E.D da; PADILHA, M.I. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. *Revista da Escola de Enfermagem. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1063-1069, 2011.

UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime). *Normas Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas*. São Paulo, 2013.

WAGNER, M. F.; OLIVEIRA, M. S (2007) Habilidades Sociais e Abuso de Drogas em Adolescentes. *Psicologia Clinica*, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p101-116, 2007

WAGNER, M. F.; OLIVEIRA, M.S. (2009) Estudo das Habilidades Sociais em Adolescentes Usuários de Maconha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 101-110, jan/mar. 2009.

WAGNER, M. F.; SILVA, J. G.; ZANETTELO, L. B; OLIVEIRA, M. S. (2010) O uso da maconha associado ao déficit de Habilidades Sociais em Adolescentes. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Internet, v. 6, n. 2, p. 255-273.

CAPÍTULO 9

EDUCAÇÃO SEXUAL: UMA ABORDAGEM SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 08/12/2020

Iasmin Dutra de Almeida
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/4761064902687105

Alynne Bayma dos Santos
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/0522741142973308

Christian Sadik Romero Meija
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/4643023524825772

Fabrícia Cristina da Cruz Sousa
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/5200601920382752

Filipe Maia de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/4790086585222376

Gabriella de Barros Gondim
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

Homero da Silva Pereira
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/8427293128191395

João Pedro Silva Majewski
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/5478013231573795

Marcelo Santos Lima Filho
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/7592127447221104

Otávio Bruno Silva da Silva
Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/1957708961372735

RESUMO: Apesar de todo o avanço de políticas públicas que visem discutir sobre os métodos contraceptivos, é notório que a persistência da sexualidade como tabu na sociedade brasileira, aliado ao alto índice de gravidez na adolescência são reflexos de uma política pública que não consegue abranger todos os seus objetivos. Esse estudo visa uma abordagem geral da influência da educação sexual para a gravidez na adolescência, com enfoque nas políticas públicas voltadas aos métodos contraceptivos. Foi realizada uma revisão de literatura em uma ampla coleta de dados e posterior análise de artigos encontrados em plataformas online, como Scielo, BVS e Google Acadêmico. Concomitantemente, uma pesquisa foi realizada nos conteúdos disponibilizados oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) nos portais de comunicação onde há um maior acesso pelos jovens (Youtube e Instagram, ambos os perfis oficiais do MS) entre janeiro de 2019 e março de 2020. É perceptível

que a escola, como agente mais eficiente na educação sexual, tem seus entraves, assim como o agente diretamente ligado aos adolescentes, a família, que interfere no processo de aprendizagem sobre educação sexual, a qual está indissociável da utilização dos métodos contraceptivos como prevenção à gravidez na adolescência, além de fatores biopsicossociais que interferem na adesão aos métodos contraceptivos. Somado a isso, o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde prejudica a relação com o paciente e, consequentemente, a obtenção de informações sobre os métodos. Porém, ao invés de redirecionar recursos e esforços para essa problemática tão fragilizada, as campanhas analisadas se direcionam quase que exclusivamente para as IST's e apenas a um método contraceptivo, a camisinha. Apresentando 1 publicação no Youtube (5,55%) sobre prevenção à gravidez na adolescência, 6 publicações no Instagram (10%) que contém explicações sobre a camisinha e apenas 1 publicação no mesmo veículo que aborda sobre os outros métodos contraceptivos, mas sem detalhá-los.
PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade, contracepção, gravidez, adolescência, políticas públicas.

SEXUAL EDUCATION: AN APPROACH TO CONTRACEPTIVE METHODS IN ADOLESCENCE

ABSTRACT: Despite all the progress of public policies aimed at discussing contraceptive methods, it´s notorious that the persistence of sexuality as taboo in Brazilian Society, together with the high rate of teenage pregnancy are a reflection of a public policy that cannot cover all its objectives. This study aims at a general approach to the influence of sex education on teenage pregnancy with a focus on public policies focused on contraceptive methods. A literature review was conducted on a broad data collection and subsequent analysis of articles found on online platforms, such as Scielo, BVS and Google Scholar. At the same time, a survey was carried out on the contents officially made available by the Ministry of Health, in the communication portals where there is greater access by young people (YouTube and Instagram, both official profiles of the Ministry of Health) between January 2019 and March 2020. It´s noticeable that the school, as the most efficient agent in sex education, which is inexactly in the use of contraceptive methods as prevention of teenage pregnancy, in addition to bio-psychosocial factors that interfere with the adhering to contraceptive methods. In addition, care in basic health units impairs the relationship with the patient and, consequently, obtaining information about the methods. However, instead of redirecting resources and efforts to this fragile problem, the campaigns analyzed are directed almost exclusively to ''STIs'' and only to a contraceptive method, condom. Featuring 1 post on YouTube (5.55%) on prevention of teenage pregnancy, 6 posts on Instagram (10%) which contains explanations about the condom, and only 1 publication in the same vehicle that addresses on the other contraceptive methods, but without detailing them.
KEYWORDS: Sexuality, contraception, pregnancy, adolescence, public politics.

1 I INTRODUÇÃO

No limiar dos anos 60, a abordagem científica de temáticas moralmente repudiadas pela sociedade começa a ganhar destaque e, nesse contexto, a gravidez na adolescência

surge como um problema a ser debatido. É importante considerar que as alterações hormonais e o consequente surgimento dos caracteres sexuais secundários, decorrentes da puberdade, associados ao contexto psicossocial do adolescente, isto é, integrando as esferas familiar e social ao desenvolvimento biológico, coincidem com o aumento do interesse sexual (BRASIL, 2008).

Isso posto, só em 1990, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, é assegurado o amplo acesso às políticas de planejamento reprodutivo, bem como institui-se a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência (BRASIL, 1990).

Apesar disso, tais medidas não apresentaram significativa eficácia, sendo posteriormente, em 1996, estabelecidos os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), dentre os quais a educação sexual recebe merecido reconhecimento ao ser entendido como um tema transversal que deve ser abordado em todas as disciplinas no Ensino Fundamental e Médio. (TEIXEIRA *et al*, 2017). Nessa perspectiva, o enfoque não seria apenas nos aspectos anatomofisiológicos, de forma a promover conhecimento e reflexão para que os adolescentes possam desenvolver seus próprios posicionamentos e ações, de modo que exerçam sua sexualidade de forma plena, saudável e responsável (SFAIR; BITTAR; LOPES, 2015). Nesse sentido, a educação é tida como um dos principais artifícios que buscam atender às necessidades desse grupo populacional, de forma personalizada, humana e qualificada (NERY *et al*, 2015).

Destaca-se ainda que a associação concomitante da gravidez às mudanças próprias do indivíduo adolescente intensifica dúvidas, inseguranças, medos e ansiedade decorrentes das modificações físicas, psíquicas e sociais geradas por ambos processos fisiológicos, de modo a aumentar os riscos de alterações que possam ser consideradas patológicas, como complicações obstétricas, partos prematuros, cesarianas e mortes maternas e perinatais (BRASIL, 2008).

Assim, com base nas especificidades apresentadas referentes à problemática, esta pesquisa tem como enfoque o uso de métodos contraceptivos na adolescência, dado sua indissociabilidade de uma educação sexual efetiva durante os anos escolares como estratégia de prevenção.

2 | POLÍTICAS PÚBLICAS E CAMPANHAS SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Alguns programas implementados na última década foram essenciais para a melhoria da saúde das crianças e dos adolescentes brasileiros como, por exemplo, o Programa Saúde na Escola que alia ações das equipes da Estratégia Saúde da Família e educação (MALTA, 2019). O Programa Saúde na Escola, instituído pelo decreto nº 6286 em

2007, apresenta como diretriz o fortalecimento e enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que prejudiquem o desenvolvimento escolar dos alunos (BRASIL, 2007). As equipes de saúde podem trabalhar temas estratégicos com os professores, estudantes e pais, conforme a idade dos alunos. Na faixa etária de 10 a 15 anos podem abordar, por exemplo, sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, álcool e outras drogas, violência e nutrição (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2020), os adolescentes a partir de 12 anos, mesmo desacompanhados dos pais/responsáveis podem se dirigir a Unidade Básica de Saúde para se informar, esclarecer dúvidas e assim tornarem-se mais seguros acerca do seu desenvolvimento afetivo e direitos sexuais. Os profissionais podem orientar de modo individualizado os adolescentes e em caso de vida sexual a orientação pode abranger o uso de métodos anticoncepcionais naturais, de barreira (camisinha) e hormonais. O SUS ainda disponibiliza de modo gratuito métodos contraceptivos como: anticoncepcionais injetáveis e de via oral, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência, dispositivo intrauterino (DIU) e preservativos.

Verificando-se que existe a possibilidade de uso dos métodos contraceptivos disponibilizados nos postos de saúde pelo SUS, nota-se que não há interseccionalidade entre conhecimento e prática, em que há significativo aumento da consciência do uso de camisinha, justificável pelas campanhas de combate e prevenção às DST/Aids, notoriamente veiculadas nos meios de comunicação, mas sem qualquer direcionamento para o tema da procriação (BELO; SILVA, 2004).

Reforçando esse aspecto apontado por Belo e Silva em 2004, Moura *et al.* analisou em pesquisa de 2011 com 285 adolescentes durante a internação, para tratamento clínico ou resolução da gravidez, que a maioria já tinha alguma informação sobre como evitar filhos e DST antes de engravidar, o que pode ser atribuído à intensificação das campanhas de combate à Aids e incentivo ao uso do preservativo masculino, mas o autor ressalva que há desconfiança quanto à qualidade da informação, pois os jovens ainda possuem dúvidas importantes.

3 | IMPACTOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL NO COMBATE À GRAVIDEZ DA ADOLESCÊNCIA

Em se tratando de formação e informação, a escola torna-se a instituição com maior relevância na conjectura social dentre as demais instituições. Nesse ambiente educativo, a orientação sexual concebe legalidade ao debate sobre sexualidade. De fato, torna-se evidente, segundo alguns autores, que a relação entre educação sexual e a iniciação da vida sexual não tem influência alguma, tendo os efeitos mais positivos a redução do número de gestação entre adolescentes. Além disso, a bibliografia revela que adolescentes utilizam mais métodos contraceptivos em suas primeiras relações quando recebem algum tipo de orientação sexual e indicam o espaço escolar como o meio de informação sobre

sexualidade, conferindo importância tanto a esses conhecimentos quanto ao ambiente que foi recebido tais conhecimentos (SAITO; LEAL, 2000).

Entretanto, observa-se que, aos adolescentes do sexo feminino, foi verificado alto nível de desinformação sobre aspectos da sexualidade humana e funcionamento do corpo. Sendo assim, comprova-se que há falta de acesso aos programas educativos, tantos nas escolas como nos serviços de saúde, mostrando, a forma negativa de um reflexo da educação feminina com algumas repressões e dificuldade de abordagem sobre o assunto (GOMES, 2002).

Sendo assim, é necessário preparar com amplas metodologias e instrumentos a escola como um todo e não só os professores de ciência ou biologia, com o intuito de melhor preparar esses profissionais que são responsáveis pela transmissão do conhecimento. Com efeito, nota-se prontamente que a escola é o melhor e mais qualificado ambiente, com o fito de abordar a educação sexual, fazendo-se necessário amplificar seu campo de abordagem, englobando o que há de mais significativo em adolescência e sexualidade, para auxiliar o aprimoramento de uma conduta ainda mais correta no ambiente escolar (SAITO; LEAL, 2000).

4 I FATORES BIOPSICOSSOCIAIS QUE INTERFEREM NA ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PELOS ADOLESCENTES

Segundo Belo e Silva (2004), há um elevado conhecimento em relação aos métodos contraceptivos em adolescentes grávidas, porém não há uma utilização adequada na prática. Somado a isso, Vieira *et al.*, 2006, corrobora para essa visão afirmando que, raramente, na prática clínica ou em ambientes escolares, observa-se adolescentes que não tem informações sobre métodos contraceptivos, mas além da prática inadequada, é evidenciado a deficiência dos serviços de saúde para atender essa parcela da população.

Por outro lado, Bahamondes *et al*. (2011), evidencia que os efeitos colaterais provocados pelos Anticoncepcionais Hormonais Orais (ACHOs) é responsável por altas taxas de descontinuação desse método no Brasil (cerca de 57% das usuárias trocam de método por causa dos efeitos colaterais). Além disso, segundo Alves e Brandão (2009), o uso da camisinha por adolescentes do sexo masculino é esporádico, devido ao temor de queda do desempenho sexual, optando geralmente pelo coito interrompido.

Dentro do fator social, segundo Duarte, Pamplona, Rodrigues (2018), o baixo nível econômico e de educação dos adolescentes são dois fatores que se mantêm entrelaçados para a ocorrência da gravidez na adolescência. Outro ponto de vista que cabe destacar citado por Rozenberg *et al*. (2013) é a acessibilidade ao transporte até o serviço de saúde e adoção de métodos contraceptivos, o que pode explicar a baixa informação sobre planejamento familiar nos mesmos serviços. Quanto a isso, Almeida *et al*. (2017), argumenta que, entre os adolescentes, a motivação para o debate e a reflexão sobre a sexualidade devem acontecer antes da iniciação sexual dos adolescentes, em diferentes ambientes

sociais, principalmente nas escolas e nos centros de saúde. No entanto, os serviços de saúde têm priorizado o uso de métodos contraceptivos que se refere ao planejamento familiar, nos adolescentes que já iniciaram a vida sexual ativa e reprodutiva.

Almeida *et al*. (2003), com relação ao conhecimento e à prevalência do uso dos métodos anticoncepcionais durante a primeira e última relação sexual, o estudo dela registrou que 36,6% para o sexo masculino e 46,4% para o sexo feminino não usaram métodos anticonceptivos. Outra questão que é muito importante abordar no ambiente social dos adolescentes quanto à relação familiar é o uso de drogas no convívio familiar. Segundo Duarte, Pamplona, Rodrigues (2018), principalmente o uso de substâncias ilícitas que podem afetar o convívio familiar como por exemplo o distanciamento ou abandono dos pais gera uma problemática familiar e limita a comunicação postergando as orientações sobre a vida sexual e os métodos contraceptivos que deveriam ser passados para os filhos-adolescentes, favorecendo para que os adolescentes se tornem suscetíveis a iniciarem a vida sexual precocemente.

5 | METODOLOGIA

Em consonância ao recorte temático desta pesquisa, o uso de métodos contraceptivos pelos adolescentes, foi realizada uma revisão de literatura através de uma extensa coleta de dados e posterior análise de artigos encontrados em plataformas online, como Scielo, BVS e Google Acadêmico. Foram utilizados como descritores para filtragem de resultados as palavras-chaves: “Ministério da Saúde”, “métodos contraceptivos”, “campanhas”, “educação sexual”, etc. Também foram consultados livros produzidos pelo Ministério da Saúde, para que pudesse ser dado um enfoque efetivo ao Sistema Único de Saúde na realidade brasileira.

Em paralelo, foi feito pesquisa baseada na busca por conteúdo de comunicação oficial do Ministério da Saúde, realizando-se: 1) Levantamento de vídeos veiculados no canal oficial do YouTube do Ministério da Saúde sobre todas as campanhas entre janeiro de 2019 e março de 2020 relacionadas à: Gravidez na Adolescência e Métodos Contraceptivos; 2) Levantamento de publicações no perfil oficial do Instagram do Ministério da Saúde sobre todas as campanhas entre janeiro de 2019 e março de 2020 relacionadas à: Gravidez na Adolescência e Métodos Contraceptivos.

6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Vieira, Matsukura, Vieira (2017), embora as políticas públicas legitimem e garantam a execução da educação sexual voltadas para adolescentes e a promoção de saúde desses, muitas famílias apresentam valores morais e conservadores sobre sexualidade e privam os filhos de obter orientações. Desse modo, os referidos autores

sugerem que o esclarecimento dessas famílias em educação em saúde pode ser uma estratégia efetiva para superar a resistência familiar. Aliado a isso, eles retratam, ainda, alguns fatores que limitam as políticas públicas, dos quais se pode destacar que a predominância de conteúdos teóricos oriundos dos documentos e programas tornou-se um desafio para o cotidiano prático dos profissionais de saúde, além da necessidade de capacitações voltadas para a sexualidade na adolescência e estratégias para a abordagem desse tema para essa população.

Nas Unidades Básicas de Saúde, a falta de um espaço delimitado aliado ao despreparo dos profissionais de saúde para o entendimento das problemáticas juvenis colaboram para o distanciamento da abordagem e comunicação entre a equipe de saúde e o adolescente, que tendem a serem vistos como irresponsáveis e difíceis. Esse julgamento discriminatório por profissionais de saúde dificultam o foco das ações de responsabilidade da Estratégia de Saúde em Família - a assistência voltada a família - e aumentam a distância entre o adolescente e os serviços de saúde (TEIXEIRA, S.; SILVA; TEIXEIRA, M., 2013).

Nesse sentido, as iniciativas públicas existentes devem ser potencializadas a fim de que os profissionais se tornem aptos e seguros para lidar com a sexualidade voltada para o público adolescente, uma vez que esses precisam de orientações concretas sobre o assunto. Ademais, a falta de orientações sobre métodos anticoncepcionais é particularmente importante e pode evitar gravidez indesejada e a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

Totalizando as campanhas veiculadas no YouTube pelo Ministério da Saúde entre janeiro de 2019 e março de 2020, contabilizam-se 18, das quais 17 (94,5%) se referem à prevenção de algum tipo de IST, sendo 14 especificamente para a prevenção do HIV/AIDS, e apenas 01 (5,5%) se refere à prevenção da gravidez na adolescência, o qual não há menção de nenhum método contraceptivo ou tipo de educação sexual. Quanto ao tipo de método contraceptivo, em todos os vídeos, apenas a camisinha foi abordada.

Analisando-se todas as publicações sobre gravidez na adolescência ou uso de métodos contraceptivos, do Instagram do Ministério da Saúde entre janeiro de 2019 e março de 2020, contabilizam-se 60 publicações, das quais:

a) 30 (50%) abordam, de forma lúdica, um lembrete para usar o método contraceptivo camisinha, relacionando de forma indireta o uso dela com alguma IST.

b) 10 (16,7%) abordam a gravidez na adolescência;

c) 14 (23,3%) relacionam de forma direta o uso do método contraceptivo camisinha com alguma IST;

d) 06 (10%) abordam as explicações sobre o uso do método contraceptivo camisinha.

A partir do exposto, verifica-se uma desproporção entre a quantidade de publicações veiculadas, tanto no YouTube quanto no Instagram, entre as temáticas e suas abordagens. Ressalta-se, ainda, que a única menção direta a outros tipos de métodos contraceptivos –

que não somente a camisinha – foi realizada em 16 de fevereiro de 2019 pelo Instagram, a qual informa que o SUS disponibiliza preservativos (camisinhas masculina e feminina), diafragma, pílula anticoncepcional, injeção combinada, minipílula, pílula de emergência e dispositivo intrauterino (DIU), sem realizar qualquer orientação ou descrição destes métodos. Majoritariamente, as campanhas são voltadas ao uso da camisinha, e são direcionadas à prevenção de HIV/AIDS (principalmente) e demais ISTs, o que confirma as visões de Belo e Silva (2004) e Moura *et al*. (2011). A veiculação de campanhas voltadas principalmente à prevenção de HIV/AIDS pelo uso da camisinha é um fato que se repete, o qual contribuiu para criar um ideário sociocultural acerca deste método contraceptivo em detrimento dos demais.

Destaca-se, ainda, que os fatores que influenciam os adolescentes a não adesão aos métodos contraceptivos não são necessariamente por falta de informações a respeito deles (BELO e SILVA, 2004; VIEIRA *et al*., 2006), mas sim por outra gama de fatores, tais como biológicos, psicológicos e sociais.

Dentre os aspectos biológicos, destaca-se os efeitos colaterais comum das pílulas anticoncepcionais (BAHAMONDES *et al*., 2011) com taxas de abandono desse método em torno de 57% no Brasil, porém torna-se preocupante quando analisado os principais métodos contraceptivos utilizados por adolescentes com vida sexualmente ativa no país, os quais se baseiam, principalmente por uso de camisinha e anticoncepcional oral. Sendo os Anticoncepcionais Hormonais Orais um dos métodos mais utilizados no país, porém com alta descontinuidade, aquele que se sobressai é a camisinha, o qual é mais facilitado para o uso masculino, entretanto, os adolescentes do sexo masculinos usam esporadicamente por temor de prejudicar o desempenho sexual ao colocá-la (ALVES; BRANDÃO, 2009), sendo um exemplo de fator psicológico que favorece a não adesão aos métodos.

Além disso, os fatores sociais são de extrema relevância à adesão aos métodos contraceptivos. Entre eles o baixo valor aquisitivo e o baixo nível de escolaridade dos adolescentes são fatores que estão entrelaçados para a ocorrência da gravidez na adolescência Duarte, Pamplona, Rodrigues (2018). Mas não só a falta de escolaridade e poder aquisitivo podem afetar no índice de não adesão aos métodos contraceptivos, como também, a acessibilidade aos meios de transporte em direção à serviços de saúde pode contribuir e explicar em partes a não adesão (ROZENBERG *et al*., 2013). Ademais, os serviços de saúde têm priorizado a contracepção entre adolescentes que já iniciaram a vida reprodutiva, o que contribui para a baixa adesão de contraceptivos na primeira relação sexual. Com a utilização de algum método contraceptivo na primeira e na última relação sexual foi evidenciado que apenas 36,6% dos homens o utilizaram, e 46,4% para as mulheres (ALMEIDA *et al*., 2003). Outro fator que afeta a adesão aos métodos contraceptivos pelo viés social é “integridade familiar”. Por exemplo, famílias em que há o consumo de drogas ilícitas justificam o distanciamento ou mesmo abandono dos pais e isso pode tornar as crianças e adolescentes suscetíveis a iniciarem a vida sexual precocemente

(DUARTE; PAMPLONA; RODRIGUES, 2018).

7 | CONCLUSÃO

O Ministério da Saúde recomenda em seus documentos oficiais a captação dos adolescentes às unidades de saúde por meio de ações e atividades estratégicas desenvolvidas, com o compromisso de divulgação e facilitação do acesso a todos os serviços oferecidos. Porém, estritamente quanto ao recorte temático desta pesquisa, o uso de métodos contraceptivos por adolescentes, a partir dos dados coletados acerca das campanhas e políticas públicas que abordam gravidez na adolescência e métodos contraceptivos, fica evidente como é escasso o enfoque dado à concepção precoce, bem como há carência de informações relativas aos diversos métodos contraceptivos disponíveis no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; LYNNE, G.; MAGNANI, R. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 37, n. 5, p. 566-575, out. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2020

ALMEIDA, A. P.; ASSIS, M. M. Efeitos Colaterais e Alterações Fisiológicas Relacionadas ao Uso Contínuo de Anticoncepcionais Hormonais Orais. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 5, n. 5, p. 85-93, Jan./Jun. 2017. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/efeitos-colaterais-e-altera%C3%A7%C3%B5es-fisiol%C3%B3gicas-relacionadas-ao-uso-cont%C3%ADnuo-de-anticoncepcionais-hormonais-orais-v-5-n-5.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção a saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 14, n. 2, p. 661-670, mar./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n2/661-670/pt/>. Acesso em: 08 dez. 2020

BAHAMONDES, L. et al. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. 303-309, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, Campinas, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2004.v38n4/479-487/>. Acesso em: 26 set. 2020.

BRASIL. **Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanhas 2020**. Playlist do YouTube. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PL_rQTI99G4P_TnfAlTxCy_3JqlNCdam6j>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanhas 2019**. Playlist do YouTube. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PL_rQTI99G4P_4TYlAS8C0HncIPkGiiYek>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 26 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do Adolescente: Competências e habilidades.** 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 754, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=503562&indexSearch=ID>. Acesso em: 26 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica nº 39**. Brasília, v. 1, p. 99, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **minsaude**. Perfil do Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/minsaude/>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Principais ações em saúde para prevenção da gravidez na adolescência.** Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7196>. Acesso em: 26 set. 2020.

DUARTE, E. S.; PAMPLONA, T. Q.; RODRIGUES, A. L. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. **DêCiência em Foco**. v. 2, n. 1, p. 45-52, 2018. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/145>. Acesso em: 25 set. 2020.

GOMES, W. A. *et al*. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 78, n. 4, p. 301-308, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2020.

MALTA, D. C. Crianças e Adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 348, fev. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200348&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2020.

MOURA, L. N. B. de et al; Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26 set. 2020.

NERY, I. S.; FEITOSA, J. J. M.; SOUZA, A. F. L.; FERNANDES, A. C. N. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 287-292, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000300287&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2020

ROZENBERG, R.; SILVA, K. S.; BONAN, C.; RAMOS, E. G. Contraceptive practices of Brazilian adolescents: social vulnerability in question. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3645-3652, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2020.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Educação sexual na escola. **Pediatria**, v. 22, n. 1, p. 44-48, 2000. Disponível em: < https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39242838/Educacao_sexual_na_escola.pdf?1445046701=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEducacao_sexual_na_escola.pdf&Expires=1607399723&Signature=T6hT-KcTXdAVWuhLKnXZtmzdTmQP6HS8kkRKkdXFOBwJSmjovH6E~6qdgmLOWeJlQbtxXXLTPIp~J~2M-wu4UoXU2Dm4eiNxSzx02v7M-8C5xRHA-IDADtYeT7GyEZkKG-8w4C-Tv5u22rGNZvPUzn7LwDsekojaOw2tKvJZ4hykULbXZSFgtFMWSgFsrrZgaLCebEzY~u1CVv4mgv1MjALtjwozO7SgIbokwnS0JhIzEcQp96o3x7KwSET1EBRLAi2PpOKNVnmynrHdU3GaeW~FjRoeur9zsZTrAZjt6pOjVW4rzqiLawJ-CFAi3yw395gfVZ0VIcnASDyCHLGboLw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>. Acesso em: 27 set. 2020.

SFAIR, S. C.; BITTAR, M.; LOPES, R. E. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 620-632, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200620&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2020.

TEIXEIRA, S.; SILVA, L.; TEIXEIRA, M. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - uma revisão bibliográfica. **Adolescência e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 37-44, 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=353#>. Acesso em: 27 set. 2020.

TEIXEIRA, S.; SILVA, L.; TEIXEIRA, M. Políticas públicas e educação sexual: percepções de profissionais da saúde e da educação. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 69-87, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2017v14n3p69/34879>. Acesso em: 27 set. 2020.

VIEIRA, P.; MATSUKURA, T.; VIEIRA, C. Políticas públicas e educação sexual: percepções de profissionais da saúde e da educação. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 69-87, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2017v14n3p69/34879>. Acesso em: 27 set. 2020.

CAPÍTULO 10

ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADULTOS

Data de aceite: 01/02/2021

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra
http://lattes.cnpq.br/2359399936922133
https://orcid.org/0000-0002-1192-057X

Layane Costa Saraiva
http://lattes.cnpq.br/8810834734834489
http://orcid.org/0000-0001-5151-7294

Cícera Luana de Lima Teixeira
http://lattes.cnpq.br/8223501001918257

Azenildo Santos Moura
http://lattes.cnpq.br/5577002613490737

Luciana Nunes de Souza

RESUMO: A grande incidência de doenças crônicas na população ocasiona uma busca de serviços de saúde, como estratégias entre as políticas públicas de saúde voltadas para prática de Atividade Física (AF), a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) em 2008, no qual diferentes públicos são assistidos pelo Profissional de Educação Física (PEF).**Objetivo:** Conhecer as competências dos Profissionais de Educação Física dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família sobre Atividade Física e de Lazer para Adultos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória/descritiva, abordagem quantiqualitativa. Participaram 30 PEF dos NASF de Juazeiro do Norte e Crato-Ceará, de 10 Unidades Básicas de Saúde, 15 em Juazeiro do Norte e 15 em Crato. Utilizou-se o questionário validado SUS+Ativo. A análise baseou-se em categorias descritivas. **Resultados:** Em relação as perguntas "competências sobre AF aeróbica para adultos, 150 min/sema 60% dos profissionais concordam (C), 30% discordam parcialmente (DP) 10% profissionais nem concordam, nem discordam (NCND). "Mínimo 75 min/sem de atividades físicas aeróbicas de intensidade vigorosa durante a semana" 20% (C), 20% (DI), 40% (DP), 10% (NCND). "Sessões que AF devem ser realizadas com pelo menos 10 minutos de duração" 20% (C), 20% (DI), 40% (DP), 20% (NCND), 10% (CI). "AF aeróbicas acima de 300 minutos semanais podem promover benefícios adicionais?" 10% (C), (DP), 60% (DI) 10%, (NCND) 20%. "AF voltadas ao fortalecimento de grupos musculares devem ser realizados pelo menos 2 vezes por semana?" 30% (C), 40% (CP) e 30% (DP). "Sobre "a prática de AF pode proporcionar saúde na vida do adulto?" 100% CONCORDAM. **Conclusão:** Os PEF têm ciência sobre AF para adultos, porém precisa-se de mais elucidações quanto a algumas especificidades da prática. Modernizações faz-se necessária para melhoria da saúde deste público.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Adultos; Atividade Física.

UNDERSTANDING PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONALS ABOUT ADULT PHYSICAL ACTIVITY RECOMMENDATIONS

ABSTRACT: The high incidence of chronic diseases in the population causes a search for health services, as strategies among public health policies aimed at the practice of Physical Activity

(PA), such as the creation of Family Health Support Centers (NASF) in 2008, in which different audiences are assisted by the Physical Education Professional (PEF). Objective: To know the skills of Physical Education Professionals in the Extended Family Health Center on Physical Activity and Leisure for Adults. Methods: It is a exploratory / descriptive research, quantitative and qualitative approach. Thirty PEF from the NASF in Juazeiro do Norte and Crato-Ceará participated in 10 Basic Health Units, 15 in Juazeiro do Norte and 15 in Crato. We used the validated questionnaire SUS + Active. The analysis was based on descriptive categories. Results: Regarding the questions "skills on aerobic PA for adults, 150 min / week 60% of the professionals agree (C), 30% partially disagree (SD) 10% professionals neither agree nor disagree (NCND). "Minimum 75 min / week of aerobic physical activity of vigorous intensity during the week" 20% (C), 20% (DI), 40% (SD), 10% (NCND). "Sessions that AF must be held with at least 10 minutes of duration" 20% (C), 20% (DI), 40% (SD), 20% (NCND), 10% (CI). "Can aerobic AF over 300 minutes a week promote additional benefits?" 10% (C), (DP), 60% (DI) 10%, (NCND) 20%. "Should AF aimed at strengthening muscle groups be performed at least twice a week?" 30% (C), 40% (CP) and 30% (SD). "About" can the practice of PA provide health in the adult's life? " 100% AGREE. Conclusion: PEFs are aware of PA for adults, but further clarification is needed regarding some specifics of the practice. Modernization is necessary to improve the health of this public.
KEYWORDS: Health Promotion; Adults; Physical activity.

INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos em uma sociedade cada vez mais industrializada e tecnológica, onde jovens adultos são constantemente tentados e envolvidos em atividades relacionadas com um estilo de vida sedentário. A promoção e implementação de estilo de vida ativo torna-se primordial para a quebra deste ciclo prejudicial à saúde.

Nesse contexto a atividade física (AF) apresenta-se como uma possibilidade para a mudanças desses cenários. Sabemos que a atividade física é um comportamento complexo e multidimensional (Riddoch & Boreham, 2000, citado por Magalhães et al., 2013). A atividade física é uma das práticas que deve ser incluída no dia a dia da população e quando incorporada desde as idades mais jovens tende a prolongar-se na vida adulta (TAMMELIN & RAITAKIRI, 2014).

A disseminação dos benefícios provenientes da atividade física para a saúde está documentada na literatura científica e apresentam vasta fartura na aceitação do senso comum. Os mais variados temas são relacionados desde a sua interpretação como fator de proteção relacionado à saúde, rivalizando com o risco, qualidade de vida, compreensões sobre o sedentarismo, inserção do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros (CARVALHO, 2018).

O reconhecimento da importância da prática de exercício físico de forma regular influencia a qualidade de vida das pessoas, merecendo uma atenção especial por parte dos profissionais da saúde, os profissionais de Educação Física. Sabemos que ao longo do tempo a prescrição de AF para a saúde passou por diversas fases, desde uma ênfase inicial

acentuada à intensidade, que foi sendo transformada de acordo com o aprofundamento das pesquisas. E progressivamente, suavizada em decorrência dessas evidências, que confirmaram os resultados dos benefícios das atividades moderadas, e mais recentemente com atividades leves. Reforçando a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física por semana de intensidade moderada-vigorosa, sentar menos e a grande novidade de que todo passo conta (OMS, 2018).

Diante desses pressupostos, a recomendação de atividade física para jovens adultos entre os 18-64 anos, são apresentadas no relatório *Global recommendations on physical activity for health* da WHO (2010) como: atividades de lazer e atividades com a família que envolvam atividade física, passeios, trabalho, tarefas domésticas e exercício físico.

Estudos apontam que os adultos que pratiquem atividade física de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana, têm menor probabilidade e redução do risco de doenças cardiovasculares (WARBURTON et al., 2009).

Do mesmo modo, a prática de atividade física regular está relacionada com outros estudos. O *Phiysical Activity Guidelines Advisory Committee 2008* evidenciam que atividades realizadas pelo menos de 30- 40 minutos diminui o risco de câncer da mama e do cólon. De modo geral, a proeminência demonstra que quando comparado adultos menos ativos, sejam eles homens ou mulheres, com adultos mais ativos. E estes últimos apresentam menores taxas de mortalidade relacionadas com doenças cardiovasculares, metabólicas, câncer do cólon e da mama e depressão. Os estudos apontam também para a redução do risco de diabetes e de síndromes metabólicas, se há atividade física moderada a intensa por 150 minutos por semana (AZEVED,2017).

Então o monitoramento de padrões de prática de atividade física e demais fatores de risco comportamentais na população emerge como um importante processo para a prevenção e o controle das DCNT (VIGETEL BRASIL,2019). No Brasil, atualmente, os dados do VIGITEL (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) são a principal fonte de informações para estudos de tendência da prática de atividade física entre adultos no país.

Paralelo a expansão e aprimoramento do fornecimento de diretrizes e recomendações para AF de jovens adultos, em 2006 foi implementada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em consonância do aprimoramento da rede ao longo dos anos surgiu o núcleo de apoio a saúde da família que inclui o profissional de educação física. Na consolidação em 2011 foi instituído o programa academia da saúde, e consequente a ampliação dos serviços de saúde ofertados a população, admitindo-se melhorias nos atendimentos, promoção, prevenção, diagnósticos, e tratamentos em diversas situações, induzindo naturalmente ao aumento da promoção de um estilo de vida ativo, ocasionando a demanda de serviços e profissionais de Educação Física para atuação na rede de atenção à saúde, proporcionando a população a disponibilidade de práticas de atividade física (BRASIL,2014).

Diante desse cenário, o presente estudo teve por objetivo conhecer as competências dos Profissionais de Educação Física dos Núcleo de Apoio a Saúde da Família sobre Atividade Física e de Lazer para Adultos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória/descritiva, com abordagem quantiqualitativa, envolvendo os professores/profissionais de Educação Física. Para este estudo, foram consideradas 30 PEF do NASF de Juazeiro do Norte e Crato-Ceará, de 10 Unidades Básicas de Saúde, sendo 15 em Juazeiro do Norte e 15 em Crato. Utilizou-se o questionário validado SUS+Ativo. A análise baseou-se em categorias descritivas. Os procedimentos de amostragem, empregados na busca dos participantes ocorreram de forma aleatória conforme a territorialização passada pelo agente comunitário de saúde (ACS).

Os critérios utilizados para a estruturação deste estudo foram ser profissionais efetivos ou que tivessem vínculo com a secretária de saúde, por contrato temporário, com mais de dois anos; assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE, dando o parecer que foram informados previamente sobre o objeto de estudo da pesquisa, iriam participar da pesquisa de forma voluntária e que a qualquer momento poderiam sair, sem qualquer prejuízo; e que estivessem com grupos de usuários na faixa etária preestabelecida (adultos 18- 59 anos). Foram excluídos desta pesquisa Profissionais de Educação Física (PEF) que estavam afastados devido licença maternidade, gozando férias, dispensas médicas, e os que eram lotados na secretária de saúde na atenção básica de saúde.

A etapa seguinte do processo de amostra consiste na confirmação da elegibilidade dos PEF que foram sorteados na seleção aleatória, realizada a partir de contato com o próprio. O questionário do SUS+Ativo foi desenvolvido de modo a viabilizar a avaliação de intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde. Opção que vem a fortalecer a realização de entrevistas para gestores, profissionais de saúde, usuários e locais. Ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas para os participantes, e feito o registro das respostas, em cada uma das perguntas um direcionamento sobre o nível de entendimento acerca das recomendações de AF e lazer para adultos. A coleta de dados ocorreu no período entre maio a setembro de 2018, nas UBS, como também o local da realização das práticas desses profissionais, exemplo: praças, parques, pátio de instituições escolares, quadras esportivas, entre outros.

Dentre as informações disponíveis no SUS+ Ativo, é de interesse central deste estudo os referentes ao conhecimento sobre atividades físicas de lazer para adultos: “Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa”? Adultos devem participar de pelo menos, 150 minutos de atividades físicas aeróbicas de intensidade moderada durante a semana”. Dentre as alternativas para respostas, apresentavam-se as seguintes: Discordo inteiramente; discordo parcialmente; nem discordo, nem concordo; concordo; concordo

inteiramente; não sei.

RESULTADOS

Dos 30 profissionais de Educação Física (PEF) elegíveis para este estudo, 30 responderam ao questionário, gerando uma taxa de resposta de 100 %. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (56,7%), 24% tinham entre 25 e 35, 82,9% eram de cor de pele branca, 46,2% eram solteiros e 41,8% tinham até 8 anos de estudo.

Em relação as perguntas a primeira sobre "Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Adultos devem participar de, pelo menos, 150 minutos de atividades físicas aeróbicas de intensidade moderada durante a semana"?, 60% dos profissionais concordam (Concordaram), 30% discordam parcialmente (DP) 10% profissionais nem concordam, nem discordam (NCND).

A pergunta 2 "Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa"? "Adultos devem participar de, pelo menos, 75 minutos de atividades físicas aeróbicas de intensidade vigorosa durante a semana"?, 20% (Concordaram), 20% (Discordaram), 40% (Discordaram Parcialmente), 10% (Não concordaram, nem discordaram). A terceira pergunta sobre "sessões que AF devem ser realizadas com pelo menos 10 minutos de duração"? 20% (Concordam), 20% (Discordam), 40% (Discordam Parcialmente), 20% (Não concordam nem discordam), 10% (Concordaram Inteiramente). A quarta pergunta sobre "AF aeróbicas acima de 300 minutos semanais podem promover benefícios adicionais?" 10% (Concordaram), (Discordam Parcialmente), 60% (Discordam) 10%, (Não concordam, nem discordam) 20%. A quinta pergunta "AF voltadas ao fortalecimento de grupos musculares devem ser realizados pelo menos 2 vezes por semana?" 30% (Concordam), 40% (Concordam Parcialmente) e 30% (Discordam Parcialmente). A última pergunta "Sobre "a prática de AF pode proporcionar saúde na vida do adulto?" 100% Concordam. A prevalência foi total que a prática de atividade física proporciona melhoria da saúde. Na análise bruta, verificou-se que indivíduos do sexo feminino, e com mais de oito anos de estudo, apresentaram maior prevalência de entendimento sobre as recomendações de atividade física e lazer para adultos. Observou-se uma associação positiva da escolaridade. Em relação a cor da pele, faixa etária e estado civil não tiveram associação em relação ao nível de escolaridade.

No conjunto completo do período estudado, a frequência de PEF que alegaram ter entendimento sobre recomendações e diretrizes para atividade física e lazer, com relação aos adultos apresentam ainda complexidade, devido à fatores de discordância, quanto a participação dos adultos com pelo menos 150 minutos de atividades físicas aeróbicas de intensidade moderada, durante a semana.

DISCUSSÃO

A partir da coleta sistemática de dados realizada pelo instrumento do SUS+Ativo, em uma amostra representativa perante a singularidade da região do Cariri, foi possível conhecer o entendimento dos PEF sobre a recomendação das diretrizes sobrea a prática de atividade física e lazer para a população adulta. Inicialmente, no conjunto completo do período estudado (2018), verificou-se aumento significativo do conhecimento sobre a importância da prática de atividade física, para os benefícios da manutenção da saúde em indivíduos adultos.

Neste cenário a maioria das diretrizes internacionais recomenda um objetivo de 150 minutos de AF, de intensidade moderada a vigorosa por semana. Tal qual a (OMS), recomenda para adultos com idade superior a 18 anos a realização de pelo menos 150 min de atividade aeróbica de intensidade moderada, ou 75 min de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação de ambas. Afirma, ainda, que a AF aeróbia deve ser realizada em sessões de pelo menos 10 min de duração (CARVALHO, 2018).

Conforme esse direcionamento, em âmbito internacional as ações que norteiam para a prática de AF no Brasil estão alinhadas com o contexto mundial. As quais em distintas publicações, inclusive direcionadas para a Atenção Básica de Saúde (ABS). Onde, com a política nacional de promoção da saúde, viabilizaram a oferta no Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais grandes pesquisas, como a pesquisa nacional de saúde e o vigetel respaldam esse avanço nos últimos anos (WARBURTON,2017).

A estratégia nacional para a promoção de Atividade Física, da Saúde e do Bem estar (2016-2025), em seu rol de objetivos e metas prioritárias, visa a conscientização da população para a relevância da atividade física na saúde e a implementação de políticas públicas de intersectorias e multidisciplinares que corroboram para a diminuição do sedentarismo, incentivo a prática de atividade física ao longo do ciclo da vida, incentivam a participação de todas as pessoas, reduzindo as iniquidades no acesso, promovendo um verdadeiro conceito *Health in all policies* (ENAPF, 2016).

Ainda, em conformidade com esses achados uma primeira revisão da literatura, publicada desde 1995, concluiu que, sob o ponto de vista epidemiológico, os benefícios da atividade física para a saúde poderiam ser alcançados, quando a pessoa realizasse 150 minutos de atividade moderadamente vigorosa ao longo da semana, da forma que lograsse realizar (Haskell et al, 2007).

De acordo com os estudos de Levine et al, (2013) a medida da AF também, é apontada como uma questão a ser considerada. Ocorrendo discrepâncias entre a duração e a intensidade autorrelatadas, e as objetivamente medidas, superestimando a prática em até 50% ou mais.

Observou-se também que apesar do consenso quanto aos benefícios da atividade física alguns dos PEF ainda discordavam quanto ao tempo recomendado pelas diretrizes

normativas da OMS, fato que a ausência de acordo quanto a quantidade mínima ou máxima ocasiona repercussões negativas tanto no âmbito do cuidado dos usuários, como no encaminhamento e orientação, facilitando aos sujeitos quantidades insuficientes de práticas, resultando antagonicamente nas metas e objetivos propostos e pactuados pelos programas e políticas de saúde pública (LIMA, 2014).

Estudos internacionais direcionados para adultos evidenciaram também que grande parte dos adultos não conhece as recomendações necessárias da prática da atividade física (HUNTER, TULLY, DONNELLY, STEENSON, & KEE, 2014; MOORE ET AL., 2015). Entretanto o estudo de Hallal et al, (2010) observou aumento de maior magnitude entre indivíduos jovens adultos (com idade entre 18 e 34 anos) na faixa superior de escolaridade, com iniciativas realizadas pelo SUS.

Assim, para a definição de estratégias para a promoção da atividade física da população carece de uma sistematização na monitorização dos níveis da atividade física, para a identificação de intervenções que possam contribuir para o conhecimento perante profissionais, e usuários quanto ao tempo adequado (BEZERRA, 2019).

Por outro, o facto de perceber que os profissionais da saúde podem contribuir para a saúde das populações através de programas de promoção da atividade física. Acresce ainda, no desenvolvimento de estudos centrado nesta temática constituindo um pretexto para aprofundar os conhecimentos na área e desenvolver competências no âmbito da investigação científica (MARTINEZ, 2014).

As análises realizadas no presente estudo são incapazes de indicar as causas da evolução positiva, verificada quanto ao conhecimento e entendimento da AF, ainda que essa possa ser, ao menos em parte, devida a um amplo conjunto de ações desenvolvidas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando a promoção de saúde e a prevenção de doenças (TAYLOR, 2014).

Em 2018, foram aprovadas as novas diretrizes de atividade física norte americana no JAMA, e outras recomendações compõem a lista de sugestões que vem a contribuir com o conhecimento dos PEF, na orientação e recomendação do percentual necessário sobre a prática de atividade física (PIERCY et al, 2018). Outro fato importante, ocorreu agora em 2019 para fomentar e consolidar as políticas públicas de saúde, no âmbito da promoção da atividade física, através da iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, à consulta pública para o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (SBAFS, 2019).

Ainda que, essas mudanças se configurem como iniciativas positivas no sentido de promover a ampliação de conhecimento, espaços, e investimento em estruturas que permitam maior acesso da população às condições adequadas de prática de atividade física regular, para que esse percentual se mantenha potencialmente maior a cada ano, torna-se necessário qualificação dos PEF perante o SUS (SANTANA et al, 2018).

Segundo a PNPS (2006), o Profissional de Educação Física tem como suas

principais funções, mapear e identificar as ações de práticas corporais existentes no SUS, tanto nas ABS como nas ESF, tal como apoiá-las e encontrar meios de inserir tais práticas onde ainda não existem. Ofertando exercícios físicos como caminhadas, prescrevendo exercícios sistematizados, promovendo atividades lúdicas, esportivas e de lazer na rede básica de saúde. Porém o que ainda fica evidenciado, é que tanto os PEF como os cursos de formação superior apresentam na formação inicial um desalinhamento com os preceitos advindos das políticas públicas dos serviços de saúde, para a formação em saúde. Ponto esse que sofrerá alteração devido a aprovação das novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em educação Física (BRASIL, 2018).

Esse cenário atual, abre espaço para que a atuação do PEF e seu conhecimento, quando recomendações sobre a prática de atividade física sofra dúvidas, apresentando margem para sua atuação no SUS.

CONCLUSÕES

Observou-se aumento na prevalência do entendimento sobre as recomendações da prática de atividade física no lazer para adultos. Esse aumento foi especialmente relevante após as diversas diretrizes que norteiam tal temática, além da implementação e consolidação das políticas públicas de promoção da saúde, como a entrada no PEF no SUS.

Os profissionais comumente apresentaram que iniciativas e estímulos sobre a AF estavam relacionados com a qualificação profissional, configurando a evidência que os avanços na capacitação resultam em benefícios do desenvolvimento e aprimoramento dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Portanto, pode-se perceber com este estudo, que o conhecimento de AF e lazer para adultos é essencial para o bom direcionamento das orientações e prescrição de exercícios para os usuários. Torna-se necessário, assumir as limitações do estudo, dada a temática tão sólida no contexto mundial.

Diante do que pôde ser visto no decorrer desta pesquisa, foi evidenciado que o entendimento das recomendações da AF, para adultos perante os PEF no SUS ,tem uma parcela significante, na melhoria das ações, que podem vir ser a tomadas no encaminhamento de resoluções, necessitando de maiores reflexões de ideias e compartilhamento de saberes.

REFERÊNCIAS

1.Azevedo, M.C.J.M. Padrão de atividade física dos adultos jovens de uma freguesia de Vila do Conde. Dissertação, ano 2017.

2.Brasil. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências. Resolução CNE nº 06, de 18 de dezembro de 2018. Brasília: Diário Oficial da União, 19 de dezembro de 2018, Seção 1, p. 48-49.

3.Bezerra R. M.M. Lis. Práticas Corporais e Atividade Física na Atenção Básica no Brasil: análise secundária pmaq-ab 3º ciclo. Dissertação, ano 2019.

4. Carvalho F.F.B. Recommendations of physical activity for (public) health: reflections in search of new horizons. *ABCS Health Sci.* 2019; 44(2):131-137

5.Dorneles G, Kloeckner A, Galvão SL, Colato AS, Ribeiro J, Peres A. Comparação da composição corporal, capacidade cardiorrespiratória e qualidade de vida de mulheres com sobrepeso e obesidade com presença ou ausência de estresse. Arq Mov. 2014;10(2).

6. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHA. Sedentarismo mata? Estudo dos comentários de leitores de um jornal brasileiro on-line. Saúde Soc. 2017;26(1):15-28. http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017155705

7.Goulart Santana, Rodolfo Adriano ET AL. O Profissional De Educação Física No Sistema Único De Saúde Brasileiro.**Renef**, [S.L.], V. 7, N. 10, P. 43 - 61, JUN.2018. Issn 2526-8007. Disponível EM: <http://www.renef.unimontes.br/index.php/renef/article/view/169>. acesso em: 16/11/2020

8. Hallal PC, Tenório MC, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DK, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. Cad Saúde Pública 2010; 26:70-8.

9. Lima DF, Levy RB, Luiz OC. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(3):164-70.

10. Martinez JFN, Silva AM, Silva MS. As diretrizes do NASF e a presença do profissional em Educação Física. Motrivivência. 2014;26(42):222-37. https://dx.doi.org/10.5007/2175-8042.2014v26n42p207

11. Matiello Júnior E, Gonçalves A, Martinez JFN. Superando riscos na atividade física relacionada à saúde. Movimento. 2008;14(1):39-61. https://dx.doi.org/10.22456/1982-8918.3761

12.Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. JAMA. 2018;320(19):2020-8. PMID: 30418471; doi: 10.1001/jama.2018.14854.

13. Riddoch, C. & Boreham, C. (2000). Physical activity, physical fitness and children's health: current concepts. Pediatric exercise and medicine. pp:243-251.

14. Santos ALP, Simões AC. Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. Saúde Soc. 2012;21(1):181-92.

15.Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde. Disponível EM: <http:// http://www.sbafs.org.br/ >. acesso em: 16/11/2020

16. Taylor D. Physical activity is medicine for older adults. Postgrad Med J 2014; 90:26-32.

17.Telama, R., Yang, X., Leskinen, E., Kankaanpa, A., Hirvensalo, M., Tammelin, T., Raitakiri, O. (2014). Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 46(5), 955-962.*

18.Warburton, D et al. (2009). A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity.

19. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. Curr Opin Cardiol. 2017;32(5):541-56. https://dx.doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437

CAPÍTULO 11

ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL DURANTE A PANDEMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 06/11/2020

Ione de Sousa Pereira
Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
http://lattes.cnpq.br/5845897444512912

Maria Regina Cavalcante da Silva
Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
http://lattes.cnpq.br/3581407368153293

Pedro Ivo Torquato Ludugerio
Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
http://lattes.cnpq.br/9987430700654815

Vitória Raissa Rodrigues Ferreira
Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
http://lattes.cnpq.br/4205102827233287

Willian dos Santos Silva
Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
http://lattes.cnpq.br/7843561214604867

Aliniana da Silva Santos
Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
http://lattes.cnpq.br/5557209060501405

Izabela Alves de Oliveira Bezerra
Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
http://lattes.cnpq.br/4531197100858396

RESUMO: INTRODUÇÃO: O avanço das ciências da saúde e a modernização das tecnologias médicas vêm contribuindo para o prolongamento da vida. O Brasil possui a quinta maior população idosa do mundo, que apresenta crescimento ao decorrer dos anos. Com isso faz-se necessário planejar ações de educação em saúde direcionadas para a adoção de medidas e práticas saudáveis, este estudo tem o propósito de incentivar, informar e contribuir para a adoção dessas práticas no presente, em uma perspectiva para o futuro. **OBJETIVO GERAL:** Relatar a experiência acerca das práticas de educação em saúde utilizando o instagram para incentivar práticas saudáveis para a manutenção da função cognitiva. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência acerca da produção e publicação de informações direcionadas a manutenção da função cognitiva. Para a produção do material, foi realizada uma revisão de literatura sobre o assunto. Em seguida, foi criada uma página em uma rede social (Instagram) que recebeu o nome "Vamos falar de saúde?", com o propósito de transmitir informações sobre hábitos saudáveis, manutenção da reserva cognitiva, prevenção de doenças crônicas, etc. Para tanto, seguiu-se a abordagem de um tema por semana. **RESULTADOS:** Após as buscas pelas principais atividades ligadas ao intelecto e manutenção da função cognitiva, as que obtiveram maior destaque foram a alimentação saudável, prática regular de atividade física, prática regular da leitura, jogos lúdicos e de estratégia, meditação, yoga e musicoterapia. Assim, foram abordados os conteúdos escolhidos de forma clara e interativa, por meio de imagens, vídeos

informativos e enquetes **CONCLUSÃO:** A experiência de elaborar uma atividade educativa através do Instagram, possibilitou o acesso de um maior número de pessoas e novas formas de promover educação em saúde, sendo essa experiência positiva para auxiliar no planejamento de futuras intervenções educacionais.
PALAVRAS CHAVE: Envelhecimento Saudável. Cognição. Educação em Saúde.

EDUCATIONAL STRATEGY FOR THE PROMOTION OF HEALTHY AGING DURING PANDEMIC: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: INTRODUCTION: The advancement of health sciences and the modernization of medical technologies have contributed to the prolongation of life. Brazil has the fifth largest elderly population in the world, which has increased over the years. Thus, it is necessary to plan health education actions aimed at adopting healthy measures and practices, this study aims to encourage, inform and contribute to the adoption of those practices in the present, from a perspective to the future. **GENERAL OBJECTIVE**: To report the experience about health education practices using Instagram to encourage healthy practices for maintaining cognitive function. **METHODOLOGY**: This is an experience report about the production and publication of information directed to the maintenance of cognitive function. For the production of the material, a literature review on the subject was carried out. Subsequently, a page was created on a social network (Instagram) that received the name “Let’s talk about health?”, aiming to transmit information about healthy habits, maintenance of cognitive reserve, prevention of chronic diseases, etc. To do so, there was the weekly approach of one theme. RESULTS: After the search for the main activities related to intellect and maintenance of cognitive function, the ones that obtained the greatest prominence were healthy eating, regular practice of physical activity, regular practice of reading, playful and strategy games, meditation, yoga and music therapy. Thus, the chosen contents were approached in a clear and interactive way, through images, informative videos and surveys. **CONCLUSION**: The experience of developing an educational activity through Instagram, allowed the access of a greater number of people. The preparation of the material in a planned and research-based way on the subject was essential in the training process as nurses, and this experience was positive to assist in the planning of future educational interventions.
KEYWORDS: Healthy Aging. Cognition. Health Education.

1 I INTRODUÇÃO

O Brasil possui a quinta maior população idosa do mundo, com cerca de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Atualmente, a proporção de pessoas idosas no país alcançou 13,7% da população geral, ou seja, 27,8 milhões de pessoas. Nesse grupo, o que mais expressivamente cresce são os idosos longevos, que vivem 80 anos ou mais. De acordo com as estimativas, em 2030, o número de brasileiros com 60 anos ou mais ultrapassará o de crianças de 0 a 14 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Relacionada à mudança no perfil populacional brasileiro encontra-se a forma de adoecer e morrer da população, havendo uma predominância de Doenças Crônicas não

Transmissíveis (DCNT), sendo considerado um sério problema de saúde pública (ALMEIDA, 2020).

Durante o processo de envelhecimento, é comum que as pessoas sofram um declínio dos fatores ligados ao intelecto, à função motora e outros aspectos ligados à cognição em geral. A cognição é uma função do consciente que auxilia na obtenção de saberes ligados ao intelecto através do raciocínio, da conversação, da resolução de situações, da utopia, da memória, entre outros. (FERB, 2018).

Com base nestas estimativas, por Sonati e Vilarta (2011) afirmam que as políticas públicas direcionadas à promoção da saúde para o envelhecimento saudável devem abranger com mais frequência não somente os idosos, mas aqueles passíveis de prevenção, ou seja, a população adulta, a fim de estimular a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação e atividade física, visando no bem-estar pessoal, o estado emocional, o autocuidado, entre outros.

Outro fator importante é manter a saúde mental equilibrada, para ter bons resultados na capacidade cognitiva, é necessário cuidar da mente com uma vida calma, divertida, mantendo convívio social e familiar, ou seja, quanto mais atividades que possam integrar o idoso, diminui os riscos cognitivos e de doenças crônicas e neurodegenerativas (ALMEIDA; et. al., 2020).

A manutenção das funções intelectuais e cognitivas se fazem necessárias ao longo da vida adulta até a terceira idade. Para que estas se mantenham em condições favoráveis é preciso que sejam estimuladas cotidianamente e em longo prazo, através da leitura, atividades de raciocínio, reflexão, meditação e etc. (NETTO, 2004). São os hábitos saudáveis ao longo do ciclo de vida, que contribuirá para o envelhecimento sadio, no qual, o idoso pode ter sua vida ativa.

A qualidade de vida faz parte de estímulos que precisam ser adotados no decorrer da vida, para minimizar patologias crônicas associadas, que podem trazer malefícios em sua vida. A reserva cognitiva é restaurada a partir do momento em que o ser humano se abstêm de práticas de hábitos prejudiciais à saúde para se voltar a ter uma vida produtiva e saudável (ROCHA, 2012).

Nos últimos anos, foram desenvolvidos vários estudos sobre o desenvolvimento cognitivo na vida adulta, dentre estas, destacam-se às perdas biológicas naturais decorrentes do envelhecimento e os aspectos culturais.(SOUSA, 2005).

Faz-se necessário pensar e planejar precocemente um envelhecimento saudável e consequentemente evitar o surgimento de doenças neurocognitivas, que são frequentes entre os idosos.

Diante do exposto, considera-se relevante a elaboração de materiais educativos direcionados a mudanças de estilo de vida, a fim de incentivar adoção de hábitos saudáveis, tendo como público-alvo, diferentes faixas etárias. As redes sociais, especialmente o *Instagram*, pode ser um importante aliado para a disseminação de informações entre

adolescentes, adultos e até mesmo idosos.

A enfermagem atua de forma direta com as pessoas no cuidado, atenção e prevenção de doenças e agravos, e com isso torna-se importante abordar, incentivar e orientar para adoção de práticas de estilo de vida saudável, contribuindo para prevenção de doenças e de complicações futuras. Assim, este estudo tem como objetivo relatar a experiência acerca das práticas de educação em saúde utilizando o *Instagram*, para incentivar hábitos saudáveis direcionados para a manutenção da função cognitiva.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado por acadêmicos do curso de Enfermagem durante o período de fevereiro a junho de 2020, vinculado ao Projeto Integrador do Centro Universitário Paraíso, Ceará, intitulado: "Processos Psicológicos Aplicados à Saúde".

Para a produção do material educativo, foi realizada uma revisão de literatura, buscando identificar as comorbidades, doenças, agravos e complicações que acometem a população idosa e quais os principais métodos adotados para a promoção de vida saudável e manutenção das funções cognitivas.

Após recolher esses dados, foram selecionados os mais relevantes para a produção dos conteúdos a serem divulgados. Para isso, foi criada uma página em uma rede social (*Instagram*) com o propósito de transmitir informações sobre a temática abordada pelo projeto que recebeu o nome "Vamos falar de saúde?" e uma logomarca com a mesma denominação.

Dentro da descrição do perfil, foram identificados o curso de enfermagem e a instituição de ensino (Centro Universitário Paraíso - UniFAP) e, a disciplina de Projeto Integrador, na qual foi desenvolvido o trabalho. Além disso, foi feita uma breve descrição a respeito do conteúdo que seria encontrado nas postagens e o público-alvo jovem, adulto e idoso a qual a página se direciona.

O conteúdo foi postado em forma de imagens com textos, vídeos e enquetes, trazendo como temas a reserva cognitiva e sua manutenção, comorbidades, prevenção de doenças crônicas e neurodegenerativas e hábitos saudáveis de vida, seguindo um cronograma para abordagem de um tema por semana, dividido em duas postagens em dias distintos e de formas diferentes, onde cada membro da equipe escolheu um assunto, elaborou e realizou uma postagem.

O que motivou a elaboração das atividades à distância, foi o isolamento social durante a pandemia do coronavírus, que restringiu o convívio social das pessoas, e suas atividades cotidianas, como esportes, lazer, entre outras coisas. A abordagem digital possibilitou o amplo acesso ao público, a informações que poderiam contribuir para manutenção da saúde durante a fase do distanciamento e da impossibilidade da

realização de práticas presenciais.

3 l RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os meses de maio a junho de 2020 foi desenvolvida a página no Instagram, intitulada "Vamos falar de saúde?", com um proposta de conseguir a atenção do público alvo. Com o perfil já criado, iniciamos o plano de divulgação da página, utilizando as redes sociais particulares de cada membro da equipe, tendo o apoio também de outras página como a do curso de Enfermagem do Centro Universitário Paraíso do Ceará. A página obteve um total de 93 seguidores. Cada postagem feita na página seguia o cronograma de atividades semanal, com os mais variados temas direcionados a atender os objetivos da pesquisa, totalizando 13 postagens.

A escolha dos conteúdos pertinentes a serem divulgados na página, foi feita com base em um levantamento de pesquisas recentes com resultados positivos quanto a manutenção da função cognitiva. A prática regular de exercícios físicos e alimentação saudável estiveram presentes na grande maioria dos estudos, revelando notáveis benefícios e demonstrando a importância dos mesmos durante o processo de declínio da função cognitiva (ANTUNES, et. al., 2006)

No que diz respeito a atividades ligadas ao intelecto, a que obteve maior destaque foi a prática regular da leitura, principalmente de gêneros que agradam o leitor, esse hábito acaba por reduzir o estresse e contribuir de diversas formas para a saúde mental e o bem-estar (ARANA e KLEBIS, 2015). Outra prática, ainda que pouco disseminada, é a adoção de jogos de estratégias, lúdicos, que podem auxiliar na manutenção da reserva cognitiva e estimular funções como memória, atenção, aprendizado e processamento de informações (COSTA, et. al., 2012).

Com relação a utilização de práticas alternativas para qualidade de vida, as mais citadas pelas pesquisas foram: Musicoterapia, a Yoga e a Meditação que atendem as necessidades físicas, emocionais, cognitivas, sociais, espirituais e carências dos indivíduos, que já apresentam irregularidades na saúde psíquica ou, simplesmente com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (MENESES, 2009). Procuramos abordar essas atividades de forma prática e de fácil adesão pelo público-alvo, por meio de linguagem acessível associada a imagens/vídeos interativos.

Sobre a prática de exercícios físicos

De acordo com a ordem dos temas programados para a divulgação, a primeira semana foi iniciada com um vídeo educativo que abordou sobre os benefícios da atividade física regular, alguns dos benefícios explanados foram: o aumento da sensação de bem estar, o auxílio na perda de peso, a melhora na saúde dos músculos e dos ossos, o aumento nos níveis de energia, a diminuição dos risco de contrair doenças crônicas, a melhora

na qualidade da pele, aumento da capacidade de concentração e memória, melhora na qualidade do sono, a diminuição nos níveis de dores e a melhora na performance sexual, alcançando um total de 73 pessoas.

Figura 1 - Dicas de exercícios para fazer em casa.

Pensando em uma forma de motivar as pessoas a praticarem exercícios físicos durante a Pandemia, seguiu-se a mesma temática, e na mesma semana foi realizada uma nova postagem, oferecendo algumas dicas de exercícios práticos e simples que poderiam ser feitos na comodidade de suas casas, como por exemplo: Joelho no cotovelo, prancha, extensão das costas, agachamento, levantamento lateral de joelho, super-homem, ponte, afundamento com cadeira, expansão de peitoral e meditação sentada, em que alcançamos um total de 99 pessoas.

Sobre os hábitos de leitura

Na segunda semana, foi feita uma pesquisa nós *stories* e uma abordagem a respeito dos benefícios da prática da leitura regular para a manutenção das funções cerebrais relacionadas à cognição. Ainda sobre o mesmo tema, foi realizada uma nova publicação com fotos e textos no *feed* do Instagram, contendo informações a respeito dos benefícios da leitura para a saúde, a qual obteve o alcance de 69 pessoas.
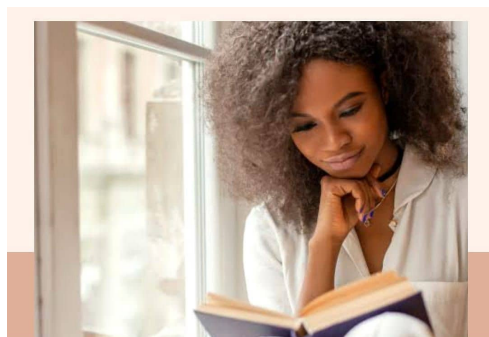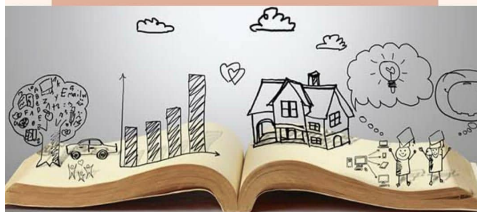
Figura 2 - Benefícios da leitura para a saúde

Sobre os hábitos de alimentação saudável

Durante a terceira semana, foi postado um novo conteúdo em forma de vídeo informativo explicando sobre o assunto “Alimentação na Prevenção das DCNT”, que é um tema bastante abordado atualmente e, por isso teve uma boa interação com os seguidores da página, conforme mostra a figura abaixo.

Figura 3 - Alimentação saudável e prevenção de doenças

Ainda expondo a mesma temática, foi postado mais um vídeo/tutorial com descrição, contendo o passo a passo de como fazer uma receita caseira e saudável utilizando poucos ingredientes.

Sobre os benefícios da meditação para a cognição

Seguindo a sequência, na quarta semana, fez-se a postagem de um vídeo a respeito dos benefícios da meditação, abordando sete desses benefícios evidenciados cientificamente e posteriormente, na quinta semana, foi publicada uma imagem sobre a meditação guiada, explicando seu conceito e dando dicas, sendo uma ótima alternativa para iniciantes e por sua praticidade. Os benefícios obtidos através dessa prática tem sido um tema bastante abordado nos últimos anos principalmente sobre a cognição e mudanças comportamentais, além de outras contribuições como a redução de estresse e ansiedade. Esse e outros fatores, fizeram com que a abordagem desse tema, fosse extremamente relevante e necessário para ser publicado em nossa página no intuito de informar e incentivar a realização dessa prática.

Figura 4 - Benefícios da meditação guiada

Jogos e a estimulação cognitiva

Na sexta semana do cronograma, o assunto tratado foi a utilização de alguns tipos de jogos para o auxílio da estimulação cognitiva, tanto eletrônicos como físicos. A primeira publicação, trouxe uma breve discussão acerca dos benefícios da adoção de jogos lúdicos e interativos e a segunda, fez relação com a primeira trazendo um exemplo de um jogo

de estratégia (Quoridor) para a melhora do funcionamento cognitivo, demonstrando sua efetividade para esse fim e detalhando regras.

Figura 5 - Jogos e a estimulação cognitiva

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de elaborar uma atividade educativa através do Instagram, possibilitou o acesso de um maior número de pessoas a informações de como manter a saúde física e mental e prevenir futuros agravos. O período de pandemia despertou as pessoas para a importância do cuidado com a saúde no âmbito físico e mental, e a partir desse trabalho foi possível contribuir com essa demanda. O distanciamento social impôs desafios para os profissionais da saúde, mas também possibilitou o desenvolvimento de novas estratégias de educação em saúde, entre elas, como aqui exposto, a utilização de redes sociais.

A produção do material para publicação, de forma planejada e baseada em pesquisas sobre o tema, foi essencial no processo de formação como enfermeiros, sendo essa experiência positiva para auxiliar no planejamento de futuras intervenções. As informações disponibilizadas nas redes sociais, com base nos artigos científicos, poderão incentivar a adoção de hábitos saudáveis de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B.L; SOUZA, M.E.B.F; ROCHA, F.C; FERNANES, T.F; EVANGELISTA, C.B; RIBEIRO, K.S.M.A. **Qualidade de vida de idosos que praticam atividade física. Cuidado é fundamental**.. Rev Fun Care Online. 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8451/pdf_1> Acesso em: 27/04/2020.

ANTUNES, K.M; SANTOS,R.F; CASSILHAS, R.C; SANTOS, R. V. T; BUENO, O.F.A; MELLO, M.T; **Exercício físico e função cognitiva: uma revisão.** Revista Brasileira de Medicina e Esporte. Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. São Paulo, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v12n2/v12n2a11.pdf> Acesso em: 13/05/2020.

ARANA, A.R.A; KLEBIS, A.B.S.O. **A importância do incentivo à leitura para o processo de formação do aluno. XII Congresso Nacional de Educação (EDUCERE).** PUC/PR. ISSN: 2196-1396. Curitiba, 2015. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17264_7813.pdf&ved=2ahUKEwipnsCD6-vpAhUMGLkGHV41C3QQFjABegQIDRAG&usg=AOvVaw3dyVJkult0EbdLW5p3QeIg>.Acesso em: 18/05/2020.

ARRUSSUL, L. S. ; MEDEIROS, V. L. C.; **O universo da leitura inserido no contexto da saúde mental: uma investigação institucional sobre as leituras em meio ao emocional e motivacional e suas influências psicológicas no corpo discente da Universidade Federal do Pampa, Campus São Gabriel/RS.** REMOA/ UFSM. v.8, nº. 8, p. 1787 - 1797. São Gabriel, 2012. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://periodicos.ufsm.br/remoa/article/download/6187/3687&ved=2ahUKEwjKgbOKoLvpAhVwE7kGHXgLDDcQFjACegQIAxAB&usg=AOvVaw3Ws4JSRsrP5OY96-MiRW9s> Acesso em: 18/05/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Pesquisas científicas comprovam que o hábito de ler promove o desenvolvimento do cérebro.** 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/211-218175739/40291-estudos-comprovam-que-o-habito-de-ler-traz-beneficios-ao-cerebro#:~:text=Pesquisas%20científicas%20comprovam%20que%20o%20hábito%20de%20ler%20promove%20o%20desenvolvimento%20do%20cérebro,-Terça-feira%2C%2011&text=Decifrar%2C%20compreender%2C%20generalizar%2C%20sintetizar,mente%2C%20usadas%20durante%20a%20leitura.&text="Na%20leitura%2C%20é%20preciso%20ativar,camadas%20de%20reflexão%20para%20compreender.">. Acesso em: 18/05/2020.

CARDOSO, N. O; LANDENBERGER, T.; ARGIMON, I. I. L. **Jogos Eletrônicos como Instrumentos de Intervenção no Declínio Cognitivo – Uma Revisão Sistemática.** Revista de Psicologia da IMED. Vol. 9, n. 1, p. 119-139. Jan.-Jun. 2017 - ISSN 2175-5027. Passo Fundo, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100009>. Acesso em: 05/06/2020.

FERNANDES, A.A.F; BOTELHO, M.A.B; **Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio.** Fórum sociológico 11-16. 2007. Disponível em:<https://journals.openedition.org/sociologico/1593> Acesso em: 27/04/2020.

FERP, UGB et al. **Benefícios da estimulação cognitiva aplicada ao envelhecimento.** Revista Episteme Transversalis, Volta Redonda – RJ, v.8, n. 2, abr.2018. ISSN 2236-2649. Disponível em: http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/866 . Acesso em: 28/04/2020

MENEZES, C. B. DELL' ANGÍLIO, D. D. **Por que meditar? A Experiência Subjetiva da Prática de Meditação**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 3, p. 565-573, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a18&ved=2ahUKEwi63d21mvPpAhW-FLkGHWsdBFwQFjAGegQIBhAB&usg=AOvVaw3DAt7pH9H8zmwnQgEEcE3q> Acesso em: 02/06/2020

MENEZES, C. B; DELL'AGLIO, D. D. **Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura.** Psicol. cienc. prof. [online]. 2009, vol.29, n.2, pp. 276-289. ISSN 1414-9893. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200006> Acesso em: 02/06/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:500http://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:500> Acesso em: 27/05/2020

NETTO, F.L.M; **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso.** Pensar a Prática 7: 75-84. Goiânia, 2004. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/xmlui/bitstream/handle/ri/15032/Artigo%20-%20Francisco%20Luiz%20de%20Marchi%20Netto%20-%202004.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acesso em: 25/04/2020.

OLIVEIRA, C. S; COSTA, S. R. R.; SANTOS, I. C. L; LEMOS, C. E. S. **Oficina de educação, memória, esquecimento e jogos lúdicos para a terceira idade.** Revista Ciência em Extensão da UNESP. ISSN: 1679-4605. V.8,n.1,p.8-17. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/554/686> Acesso em: 05/06/2020.

ORTEGA, A. C; SANTOS, C. C. **Evolução do nível de compreensão do jogo Quoridor: uma comparação entre idosas e adolescentes.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vol. 11, núm. 2, p.223-243. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838778008.pdf> Acesso em: 05/06/2020.

ROCHA, M. A. M. **Envelhecimento saudável, através de intervenção psicopedagógica, com enfoque neuropsicológico.** Salvador, Bahia. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v20n20/07.pdf> Acesso em: 29/04/2020.

SCORALICK-LEMPKE, N. N. et al. **Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável: um estudo com idosos da comunidade.** REFACS, Uberaba, MG, v. 6, n. 4, p. 775-784, 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3293>. Acesso em: 28/04/2020

SONATI, J. G; VILARTA, R. **Política pública para o envelhecimento saudável: prática corporal, atividade física e alimentação saudável.** Políticas públicas qualidade de vida e atividade física. 1º ed. Campinas: IPES Editorial, 2011. (p. 53-62) Disponível em: <https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/ppqvat_completo.pdf#page=55> Acesso em: 25/04/2020.

SOUZA. P. S. **Efeitos do Envelhecimento sobre o Desempenho Cognitivo.** Universidade Federal de Pernambuco Centro de Filosofia e Ciências Humanas Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva. Recife, 2005. Disponível em: < https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8873/1/arquivo8898_1.pdf> Acesso em: 05/06/2020.

VEGI. A. S. F; FILHO. E. I. F; PESSOA. M. C; RAMOS. K. L; RIBEIRO. A. Q. **Caminhabilidade e Envelhecimento Saudável: Uma Proposta de Análise para Cidades Brasileiras de Pequeno e Médio Porte.** Cadernos de Saúde Pública, vol.36 no.3 Rio de Janeiro 2020 Epub Mar 13, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00215218.pdf> Acesso em: 05/06/2020.

WAGNER, G. P. **Disfunções executivas no envelhecimento cognitivo: investigações com os instrumentos Tarefa do Jogo e Teste Wisconsin de Classificação de Cartas.** Repositório digital. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/11247> Acesso em: 05/06/2020

CAPÍTULO 12

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLA: UMA PARCERIA COM O CREAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E TRANSTORNOS AFETIVOS

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 07/01/2021

Elza Aline Moura Nazario Ayub
Muqui – ES
http://lattes.cnpq.br/1587406325821435

Luciana Barbosa Firmes Marinato

RESUMO: Os profissionais da saúde e da educação, ao conviverem com as famílias, passam a ter uma relação de parceria na qual é possível que se percebam as demandas, ansiedades, vulnerabilidades, deficiências e potencial, antes despercebidos. Assim, a atuação de equipes multiprofissionais nas ações educativas é de fundamental importância na perspectiva da promoção da saúde. Nesse contexto, este artigo traz uma análise do papel e do efeito da parceria entre CREAS, estratégia Saúde da Família e escola na promoção da saúde e transtornos afetivos. Os objetivos giram em torno da importância dados pelos integrantes escolares e na verificação de seu envolvimento com os mesmos. São abordados pensamentos teóricos de diversos autores e informações de entidades governamentais. São apresentados alguns detalhes de uma pesquisa com professores, alunos de cinco escolas e profissionais da saúde acerca da parceria ESF e CREAS com breves comentários sobre os resultados obtidos, todos do município de Muqui-ES. As conclusões foram que o interesse de professores, alunos e profissionais da saúde é grande e que a absoluta maioria dos entrevistados está a par do que a parceria proporciona e que resultados ela traz para todos.

PALAVRAS-CHAVE: Parceria; saúde da família; CREAS; prevenção.

FAMILY AND SCHOOL HEALTH STRATEGY: A PARTNERSHIP WITH CREAS TO PROMOTE HEALTH AND AFFECTIVE DISORDERS

ABSTRACT: The health and education professionals, when living with the families, start to have a partnership relationship in which it is possible to perceive the demands, anxieties, vulnerabilities, deficiencies and potential, previously unnoticed. Thus, the performance of multiprofessional teams in educational activities is of fundamental importance from the perspective of health promotion. In this context, this article presents an analysis of the role and effect of the partnership between CREAS, the Family Health Strategy and the school in promoting health and affective disorders. The objectives revolve around the importance given by school members and the verification of their involvement with them. Theoretical thoughts of different authors and information from governmental entities are addressed. Some details of a survey with teachers, students from five schools and health professionals about the ESF and CREAS partnership are presented with brief comments on the results obtained, all from the municipality of Muqui-ES. The conclusions were that the interest of teachers, students and health professionals

is great and that the absolute majority of respondents are aware of what the partnership provides and what results it brings for everyone.
KEYWORDS: Partnership; family Health; CREAS; prevention.

1 I INTRODUÇÃO

A saúde está intimamente relacionada ao atendimento das necessidades básicas da população. A situação de pobreza é um fator determinante da saúde e da doença. Nesse sentido, é preciso atuar na erradicação/minimização da pobreza para que possa haver melhoria na saúde e na qualidade de vida. A partir dessa condição social, que muitos vivem, torna-se necessário que o Estado, a partir das atribuições que lhe cabem, elabore políticas sociais no sentido de amenizar essa condição de pobreza e desigualdade.

A ESF (Estratégia de Saúde da Família) é uma iniciativa válida, uma vez que sem saúde não existe rendimento escolar e sem escola não existe formação, e todos os setores adoecem. Nesse sentido, existe a consideração de que a educação é a base de tudo, pois sem ela aumenta o índice de violência, a miséria permanece, as mentes ficam vazias e o corpo padece. Em resumo, sem educação nada se desenvolve.

O presente artigo aborda o problema de como devem ser as propostas da ESF para que saúde e educação não realizem ações isoladas e como isso deve acontecer na escola.

O objetivo principal deste texto é realizar uma análise da parceria entre um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a ESF e uma Escola na prevenção de doenças e transtornos afetivos. Já os objetivos específicos são verificar o ponto de vista de professores acerca da atuação da ESF e do CREAS na escola; identificar a importância da ESF e do CREAS na prevenção e controle de doenças sob o ponto de vista dos usuários e verificar qual a opinião dos profissionais de saúde que atuam dentro da escola na parceria entre ESF, CREAS e escola na promoção da saúde e transtornos afetivos e como se atua nesse sentido.

2 I CONSIDERAÇÕES COM RELAÇÃO AO PENSAMENTO DE ALGUNS TEÓRICOS

A Estratégia Saúde da Família envolve diversos profissionais, como médicos, enfermeiros e agentes de saúde, os quais trabalham em equipe desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde às ações de promoção da saúde. A ESF a nível nacional dispõe atualmente de 30.996 equipes distribuídas em 5.272 municípios, sendo a maioria na região nordeste. Os diferentes profissionais trabalham de modo interdisciplinar em um território adscrito, ou seja, em seus respectivos territórios de atuação, atendendo de 600 a 1.000 famílias (TEIXEIRA e COSTA, 2003; BRASIL, 2006).

De acordo com Gastão e Guerrero (2010) a Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do

planejamento e das ciências sociais com a finalidade de analisar de forma constante e permanente as condições e a situação da saúde da população assistida, bem como a organização e execução de práticas adequadas para o combate dos problemas existentes, pondo em prática as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a), as características sociais, demográficas e epidemiológicas são fatores que determinam a territorialização. Para Campos e Belisario (2001) a falta de profissionais para atender a população nesse sentido constitui-se em um dos maiores obstáculos na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual exige profissionais com formação generalista, capazes de atuar de forma efetiva, na complexa demanda de cuidados da Atenção Básica. Portanto o trabalho desses multiprofissionais contraria por certo a atuação da medicina intervencionista e sofisticada. Costa e Carbone (2009) referem-se à carência de profissionais nesses trabalhos, afirmando que é preciso que se esqueça do estigma de que aquele que "vai para a Saúde da Família" é porque não se especializou.

Vale ressaltar que o PSF como parte integrante da ESF não exclui jovens e adolescentes, indo além do marco teórico escolar ações de saúde para alunos da rede pública de ensino nos níveis de Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, e Educação de Jovens e Adultos.

Nesse sentido, Costa e Carbone (2009) afirmam que a operacionalização desses trabalhos permite a criação de um vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas. Para tanto é fundamental que a estruturação do trabalho, na ESF, consolide-se nos princípios da vigilância à saúde. O trabalho desses profissionais, médicos, enfermeiros e agentes de saúde no que dizem respeito aos procedimentos de prevenção e controle de doença tem bastante ênfase na escola, quando são desenvolvidos os seguintes procedimentos: Exame clínico, exame físico, monitorização do crescimento, avaliação da acuidade visual, avaliação da saúde bucal, avaliação da audição, atualização do calendário vacinal, Exames complementares (fezes e urina).

2.1 A importância do CREAS na escola

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. (BRASIL, s.d.)

Sobre violência sexual e atuação do CREAS, Miranda, Lima e Melo (2013) explicam:

> Dentre as violações de direitos está a violência sexual contra crianças e adolescentes, que tem condições de ser enfrentadas mediante uma rede de proteção organizada, permitindo a articulação e encaminhamentos efetivos e constantes, no sentido de identificar as demandas e realizar ações de prevenção concomitantes.

> Logo, CREAS e escola constituem membros dessa rede, possibilitando desencadear ações dessa natureza, visto que a criança passa significativo período de tempo nesta última, podendo a interface das ações minimizarem os agravos decorrentes do abuso ou exploração sexual.

> Enquanto órgão de referência, o CREAS tem prioridade no atendimento às vítimas de violência, entretanto, também atende demandas como: abordagem de rua; medidas socioeducativas em meio aberto; famílias com direitos violados; atendimento especializado as famílias com crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil (MIRANDA; LIMA; MELO, 2013, p. 274).

De acordo com o Censo Escolar da Educação Básica de 2017, foram matriculados 827.243 estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. Esse número demonstra que a parceria entre os profissionais de saúde com os profissionais da educação pode ser importante para incluir, acompanhar o desenvolvimento e assegurar a permanência na escola desses estudantes. E isso é fundamental para melhorar suas condições gerais de saúde, garantindo assim, maior possibilidade de participação, integração e aprendizado.

Conforme o Ministério da Cidadania, no mês de junho de 2019, 13,7 milhões de famílias receberam o benefício mensal, chamado bolsa-família A notícia diz textualmente: "Ao todo, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) vai transferir R$ 2,4 bilhões, com o valor médio de R$ 178,04 por benefício. Neste mês, mais uma vez a fila de entrada para o programa foi zerada e 327,6 mil novas famílias foram incluídas". (BRASIL, 2019).

Conforme o Portal Educação (2014), no CREAS

> O pedagogo social é o profissional que visa inserir a prática da educação, em espaços não escolares, como em: projetos de responsabilidade social em Instituições Privadas; igrejas, mediante atividades de alfabetização de adultos; centros comunitários, por meio de qualificação e capacitação profissional; presídios, através de oficinas pedagógicas, bem como em hospitais, asilos ou na assistência social a pessoas em situação de risco e abandono (PORTAL EDUCAÇÃO, 2014).

Para que o CREAS possa atingir seus objetivos é necessário que os agentes envolvidos possam transitar pelos vários espaços públicos e privados, incluindo-se as escolas e os lares das famílias. Sendo a principal função do CREAS a promoção da saúde e transtornos afetivos, suas ações devem ser permanentes e não pode haver empecilhos para que a saúde de todas as pessoas possa ser preservada. Quem mais necessita de ações preventivas de saúde e afetividade são aqueles que vivem em níveis de renda bastante baixos.

2.2 A importância da parceria entre a ESF e a escola

A escola atualmente contribui de forma direta ou mesmo indireta da vida política do país, uma vez que os estudantes (crianças, adolescentes, jovens e adultos), professores, famílias (pais e/ou responsáveis) e voluntários participam das decisões que ocorrem no

dia-a-dia da escola, como na elaboração de um plano de ação em saúde como parte do projeto político-pedagógico, no qual são envolvidas as equipes de saúde da família. Vale ressaltar que esse desenvolvimento crítico e político adquirido pelos valores pessoais, crenças e conceitos interferem na produção social da saúde, para que se possa obter uma melhor qualidade e vida.

Percebe-se assim a necessidade de união entre a escola e as estratégias de saúde. Com essa parceria os sistemas de saúde e de educação no Brasil deram os primeiros passos para concretização de ações voltadas para a na promoção da saúde e transtornos afetivos.

A história do Brasil demonstra que desde a década de 1950 do século passado (XX), já existiam afinidades entre os setores de Educação e de Saúde baseadas na universalização de direitos fundamentais. Com o desdobramento do Ministério da Educação e Saúde (MES) em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura, os quais adquiriram autonomia institucional para elaboração e implantação de políticas em suas áreas, o Departamento Nacional de Saúde, do antigo MES, as suas ações passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

A redemocratização do Brasil e a Constituição Federal de 1988 possibilitaram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir de uma perspectiva sanitária baseada nos cuidados de cuidados de higiene e primeiros socorros, assistência médica e/ou odontológica.

A parceria entre o setor de Educação e o setor de Saúde forma uma ponte para o envolvimento de outros parceiros para a construção de um território, comunidade e escola mais saudável e melhor qualidade de vida.

> Nesse sentido a Política Nacional de Atenção Básica, na qual as equipes de Saúde da Família têm a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos escolares, além do desafio de um processo de trabalho que considere a integralidade das ações, o cuidado longitudinal e o acesso dos escolares às ações específicas do Programa Saúde na Escola, considerando suas diretrizes e prioridades em cooperação com os profissionais da educação, reconhecendo a escola como promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde (BRASIL, 2008d).

Acredita-se assim que a escola é uma grande parceira para o desenvolvimento de programas do governo federal, uma vez que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos adquiridos através dos conhecimentos científicos passados pelas disciplinas diversas ensinadas na escola; através das crenças e valores culturais próprios; através dos meios de comunicação e ainda através dos professores, graças as suas experiências pessoais e profissionais, nas quais estão contidas suas crenças, atitudes e comportamento.

No Brasil, há alguns anos atrás, já existiam aproximadamente 50 milhões de crianças e adolescentes do Ensino Infantil, o Fundamental e o Médio, que participam efetivamente

das ações de educação, promoção e assistência à saúde no sistema educacional brasileiro (BRASIL, 2006). Importante salientar que os esforços do Ministério da Educação em tornar a escola pública inclusiva e acessível a crianças e adolescentes com deficiência (física, visual, auditiva, múltipla), exige do corpo docente e dos multiprofissionais de saúde conhecimentos e integração desses fatores de risco e vulnerabilidades para que possam promover e proteger a saúde, possibilitando assim, qualidade de vida, condições de aprendizado e a preparação do cidadão crítico para que esse possa dar continuidade ao que lhe foi passado.

Demarzo e Aquilante (2008) enfatizam que a escola exerce papel fundamental para a promoção da saúde, estimulada pela formação do cidadão crítico, com autonomia, reconhecimento e pleno exercício dos seus direitos e deveres.

Dessa forma a relação de parcerias das equipes da Estratégia de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e agentes de saúde), escola (corpo docente e demais funcionários) e família (pais e responsáveis), considerando-se ainda os voluntários engajados na causa, constitui-se em um fator importante para a concretização dos objetivos, que se definem na prevenção e controle de doenças, que vão além do limite escolar.

3 I AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE – ESF, CREAS E ESCOLA

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é um equipamento público onde são oferecidos serviços com o objetivo de acolher, orientar, e acompanhar famílias e indivíduos em situação de violação de direitos, fortalecendo e reconstruindo os vínculos familiares e comunitários.

A Escola em Foco realiza, pela adoção da ESF, trabalhos de orientação a todos os alunos no sentido de acompanhar o desenvolvimento saudável físico e mental dos estudantes em cada fase durante a vida escolar, oferecendo cuidado integral, de acordo com as necessidades de saúde detectadas. As ações consistem em medidas de educação e promoção da saúde, como orientações em relação à nutrição, à prevenção do uso de drogas, aos cuidados com os dentes, à prevenção de violências (física, sexual e bullying ou assédio moral, como ficou reconhecido no Brasil), à alimentação saudável e à prática de atividade física, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao aconselhamento contraceptivo, à cultura da paz, entre outras (CARVALHO, 2015).

A Escola deve realizar, pela adoção da ESF, trabalhos de orientação a todos os alunos no sentido de acompanhar o desenvolvimento saudável físico e mental dos estudantes em cada fase durante a vida escolar, oferecendo cuidado integral, de acordo com as necessidades de saúde detectadas. As ações devem consistir em medidas de educação e promoção da saúde, como orientações em relação à nutrição, à prevenção do uso de drogas, aos cuidados com os dentes, à prevenção de violências (física, sexual e bullying ou assédio moral, como ficou reconhecido no Brasil), à alimentação saudável

e à prática de atividade física, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao aconselhamento contraceptivo, à cultura da paz, entre outras (CARVALHO, 2015).

A promoção da saúde na escola vinculada às ações estratégicas baseia-se principalmente na promoção da alimentação saudável, promoção de atividade física, educação para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas e à Promoção da Cultura de Paz e prevenção das violências e acidentes (BRASIL, 2014). Tais ações são comentadas a seguir:

- *Promoção da Alimentação Saudável:*

As equipes de saúde buscam nesse caso, o estímulo de oferta de alimentos saudáveis e a escolha de opções adequadas, bem como a discussão de temas relacionados ao perfil nutricional e cultural de cada região.

- *Promoção da atividade física:*

A prática de atividade física em qualquer fase da vida é importante para que se tenha uma vida saudável, tanto física como mental. A Educação Física na escola, além de estimular uma vida ativa dos estudantes, também previne doenças, promove valores, como lealdade e determinação, o respeito às regras e a importância de trabalhar em equipe, que os acompanharão pelo resto de suas vidas. Jogos e brincadeiras populares também são recomendados.

- *Educação para a saúde sexual e reprodutiva:*

A prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS à população de adolescentes e jovens escolares, assim como ações de promoção da saúde, são justificadas pelo fato de que no Brasil, a idade média de iniciação sexual está em torno dos 15 anos, ou seja, em idade escolar Para tanto são realizadas nas escolas, ações de prevenção visando o enfrentamento das suas vulnerabilidades.

Por isso, também são aproveitadas as orientações de pedagogo social do CREAS para facilitar o trabalho da escola.

Os trabalhos dos multiprofissionais visam reduzir as vulnerabilidades e contribuir para a promoção da saúde de adolescentes e jovens, por meio de ações de reflexão sobre questões relacionadas à saúde integral, sexualidade, gravidez na adolescência, prevenção das DST/AIDS, gênero e diversidade sexual.

Prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas: As ações visam a prevenção do uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, uma vez que cresce o número de usuários, justificando dessa forma a inclusão desse tema no cotidiano da escola.

- *Promoção da Cultura de Paz e prevenção das violências e acidentes:*

A promoção da cultura e da paz nas escolas deve ser feita através de atividades e ações para que se possa construir um ambiente sem violência. Nesse sentido já existem muitos projetos e programas de incentivo à cultura e a paz.

Em função de que muitas ações por parte dos órgãos de saúde e das entidades educacionais ocorrem de forma bastante avulsa ainda, afinal, programas como a ESF ocorrem em não todos os âmbitos com deveriam, tanto nas comunidades de grandes centros – periferia – como naquelas ainda de difícil acesso – áreas rurais, regiões indígenas etc. – nem em muitas das escolas Brasil afora, onde se imagina que a simples docência de conteúdos da base curricular nacional seja o suficiente, acredita-se ser necessário que a ESF seja implantada de forma mais consistente nos trâmites da política pública nacional, no qual a saúde e a educação não fiquem apenas em ações isoladas e que essa estratégia de saúde familiar possa ser realmente efetiva, uma vez que nem sempre a família é de fato envolvida no todo com ações apenas paliativas.

4 I BREVE ANÁLISE DE UMA PESQUISA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizou-se uma pesquisa em cinco escolas do município de Muqui-ES para averiguar o funcionamento da parceria dessas escolas com o CREAS na promoção da saúde e de transtornos afetivos. Foram envolvidas três escolas da área rural e duas de comunidades urbanas.

Assim foram envolvidos ao todo 10 professores; 30 alunos, dos quais 10 maiores e 10 menores de idade, além de 03 profissionais da saúde, utilizando como sujeitos da pesquisa aqueles que se dispuseram e assinaram um termo de livre adesão.

Em virtude da pandemia que ocorre no ano de 2020, todos os entrevistados ficaram isolados de seus pares, apenas na presença da pesquisadora.

Foi entregue o seguinte questionário aos 10 professores:

1. Você conhece a Estratégia da Saúde da Família – ESF?
2. Quais são as ações que já aconteceram e/ou estão sendo realizadas pela ESF em parceria com a escola?
3. Você se envolve com essas ações?
4. Em que tipo de atividades?
5. Sabe quantos professores ao todo são parceiros da ESF nesta escola?
6. Como você vê as ações da ESF nesta escola?
7. Existe parceria ativa dessas atividades com o CREAS?
8. Que resultados você pode destacar a partir dessa parceria?
9. O CREAS cumpre as funções que você espera?
10. Você tem uma noção da importância do CREAS na escola?

Obteve-se o resumo das respostas sendo que a maioria, cerca de 80%, está

envolvida com o programa, tem boas noções do que o mesmo representa, vê os resultados como bons e satisfatórios.

Pode-se afirmar que os professores sabem da importância que a saúde representa para a obtenção de bons resultados na construção do conhecimento. Eles consideram que o CREAS cumpre suas funções, muito importantes, na parceria com a ESF nas escolas.

Assim, o resultado corrobora que as equipes de Saúde da Família têm a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos escolares, além do desafio de um processo de trabalho que considere a integralidade das ações (BRASIL, 2008d).

Desta forma, ficou claro que os professores precisam ser alertados e chamados pelas direções das escolas a participar ativamente dos eventos esporádicos, e também contínuos, desenvolvidos com vistas à constante melhora da saúde dos alunos e sua consequente melhor aprendizagem.

Também se entregou um questionário aos três profissionais da saúde, com o seguinte teor:

1. Você conhece a Estratégia da Saúde da Família – ESF?
2. Quais são as ações da ESF em parceria com esta escola?
3. Você se envolve com essas ações?
4. Em que tipo de atividades?
5. Quantos professores são parceiros da ESF nesta escola?
6. Como você vê as ações da ESF nesta escola?
7. O que pensa a respeito da parceria ESF e CREAS?
8. Você sabe quantos alunos são beneficiados pelas ações dessa parceria?
9. Que resultados você pode destacar a partir dessa parceria?
10. Que sugestões você pode dar para a melhoria de resultados a partir da parceria ESF/Escola?
11. Gostaria de fazer algum comentário acerca do assunto? Qual?

As respostas recebidas dessas três pessoas foram claras de que elas se envolvem bastante com as ações e de que as mesmas consideram importante o trabalho, inclusive sugerindo mais envolvimento de toda a comunidade. Veem resultados positivos e pensam que as várias atividades geram benefícios principalmente a alunos de famílias carentes de recursos.

Eles não sabem o número exato de alunos que são afetados, evidente que positivamente, mas têm a certeza de ser a maioria.

Como esses profissionais atuam em mais de uma escola cada um, eles não dispõem de muito tempo para refletir acerca de estatísticas além dos atendimentos que realizam,

mas possuem a consciência de quanto é valioso o trabalho que realizam. Como explicam Campos e Belisario (2001) a falta de profissionais para atender a população constitui-se em um dos maiores obstáculos na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Portanto, seria desejável que houvesse um número maior desses profissionais à disposição das escolas para que as ações necessárias possam ocorrer mais seguidas e bem executadas.

Foi entregue um questionário a 10 alunos maiores de idade, cujo teor é o seguinte:

1. Você conhece a Estratégia da Saúde da Família – ESF?
2. O que você sabe que a ESF faz nesta escola?
3. Você participa de atividades que são realizadas pela ESF?
4. Em que tipo de atividades?
5. Você acha que essas atividades servem para ensinar alguma coisa sobre prevenção de doenças?
6. Você fala na sua família sobre esses ensinamentos que recebe?
7. Você acha que esses ensinamentos podem servir para você ter sempre uma boa saúde?
8. Como você vê a parceria entre ESF e CREAS?

Nas respostas recebidas destaca-se que pequeno número praticamente não se envolve nas ações, os demais conhecem e participam das atividades, dizem que as mesmas ensinam como se proteger de doenças, falam nas famílias e acham a parceria entre ESF e CREAS muito importante.

Eles também afirmam que os ensinamentos recebidos trarão muitos benefícios a eles mesmos.

Por isso, Costa e Carbone (2009) afirmam que a operacionalização desses trabalhos permite a criação de um vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas. Sabe-se que os alunos maiores pouco falam nas famílias sobre as ocorrências nas escolas, consequentemente devem ser alertados que precisam conversar em casa sobre o assunto trabalhado na sua escola.

Para os 10 alunos menores de idade foram entregues formulários, com os seguintes termos:

1) Você conhece a Estratégia da Saúde da Família – ESF?

Resposta: Sim ____ Não____

2) A ESF faz algum trabalho nesta escola?

Resposta: Sim ____ Não____

3) Você participa de atividades que são realizadas pela ESF?

Resposta: Sim ____ Não____

4) Você gosta dos tipos de atividades realizadas pela ESF na sua escola?

Resposta: Sim ____ Não____

5) Você acha que essas atividades servem para ensinar alguma coisa sobre prevenção de doenças?

Resposta: Sim ____ Não____

6) Você fala na sua família sobre esses ensinamentos que recebe?

Resposta: Sim ____ Não____

7) Você acha que esses ensinamentos podem servir para você ter sempre uma boa saúde?

Resposta: Sim ____ Não____

8) Você vê a parceria entre ESF e CREAS na sua escola ?

Resposta: Sim ____ Não____

As respostas foram, na absoluta maioria, positivas, mostrando que esses alunos possuem já algum bom conhecimento da parceria em voga, que os ensinamentos recebidos são de grande valor para eles e que gostam de ter participação nas atividades. É claro que um pequeno número não se interessa muito, algo natural.

Crianças, geralmente, falam em casa das atividades na escola, então, os pais delas são mais facilmente interessados em se envolver com ações de saúde na escola do que os familiares de alunos já maiores de idade.

5 I CONCLUSÃO

Para uma saúde consistente desde a infância, tanto a família como a escola, por intermédio de programas governamentais e comunitários precisam realizações de orientação com vistas a uma prevenção eficiente de doenças, o que fica mais evidente com a recente e presente pandemia da Covid19. Com muitas pessoas, famílias em condição vulnerável, a prevenção de doenças deve ser aprendida pelo número possível de pessoas, e, para isso, a parceria ESF e CREAS é fundamental que ocorra nas escolas.

Os objetivos apresentados na introdução foram alcançados, pois foi possível discorrer sobre o pensamento de teóricos que abordam o assunto objeto deste artigo e demonstrar detalhes de uma pesquisa feita com professores e alunos de cinco escolas do município de Muqui-ES e também com três profissionais da saúde que atuam na ESF.

Pela abordagem teórica foi possível detectar como funciona o CREAS, a sua importância e as principais ações desenvolvidas em escolas.

Por outro lado, a pesquisa feita, evidenciou que a parceria ESF-CREAS funciona razoavelmente bem nas escolas pesquisadas, mas deixa evidente que pode e precisa continuar e produzir cada vez mais e bons resultados. Uma criança saudável aprende mais e melhor os conteúdos ensinados.

Como se percebeu que as famílias são envolvidas no todo pelas ações da parceria,

fica evidente que não apenas os alunos, mas também seus pais e irmão obtêm vantagens que se refletirão em saúde comunitária cada vez melhor.

Pode-se considerar que esse molde de parceria deve ser implantado em todos os municípios em que ainda não existem formas eficientes para a prevenção de doenças e os cuidados com a saúde dos alunos e de suas famílias.

Em um período de pandemia, a reflexão sobre o que representa a prevenção contra doenças de forte contágio é necessária no sentido de uma consciência que precisa envolver a toda a humanidade.

Fica a sugestão de que mais estudiosos se debrucem sobre o tema e possam alargar o conhecimento acerca do assunto em voga.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Bolsa Família beneficia mais de 13,7 milhões de famílias em junho. 2019. Disponível em: http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2018/junho/bolsa-familia-beneficia-mais-de-13-7-milhoes-de-familias-em-junho . Acesso em 02/07/2019.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

________. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. ESTRATÉGIA Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância SAÚDE DA FAMÍLIA E NASF Especialização.

________. Ministério da Saúde. História do Ministério. 2017. Disponível em http://portalms.saude.gov.br/historia-do-ministerio - acesso em 14 mai. 2019.

__________ Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Creas. Disponível em http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas Acesso em 15/07/2019.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. In: Interlace Comunicação, Saúde, Educação. Fundação UNI Botucatu/Unesp, v.5, n.9, São Paulo, 2001 (p. 133-141).

COSTA, E.; CARBONE, M. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: PROGRAMA de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

GASTÃO.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

MIRANDA, A. C. T.; LIMA, E. S. de; MELO, E. R. Instituições sociais: as interfaces entre escola e CREAS sobre a violência sexual contra crianças. ECS, Sinop/MT, v.3, n.2, p. 271-, jul./dez. 2013.

PORTAL EDUCAÇÃO. Pedagogo Social: a atuação do profissional da educação, no contexto socioeducativo. Disponível em: https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/pedagogo-social-a-atuacao-do-profissional-da-educacao-no-contexto-socioeducativo/54157 Acesso em 15/07/2019.

TEIXEIRA, C.F.; COSTA, E.A. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20° Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

CAPÍTULO 13

ESTUDO ANTROPOMÉTRICO E COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAR DE SERVIDORES

Data de aceite: 01/02/2021

Mário Sérgio Vaz da Silva
Docente do Curso de Educação Física
Faculdade de Educação – Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD
Dourados – MS
http://lattes.cnpq.br/5418754916566685

Eliane Clara Fonseca Cardozo
Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD
Dourados – MS
http://lattes.cnpq.br/8747511334224517

Márcia Soares Mattos Vaz
Programa de Pós-Graduação - Doutorado em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD
Dourados – MS
http://lattes.cnpq.br/8668339527560501

Bárbara Cristóvão Carminati
Programa de Pós-Graduação - Doutorado em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD
Dourados – MS
http://lattes.cnpq.br/1727247128429581

Vivian Mendes de Souza
Graduados em Educação Física pela Universidade Federal da Grande Dourados UFGD
Dourados – MS
http://lattes.cnpq.br/5092771836125286

Vitor Vieira do Nascimento
Graduados em Educação Física pela Universidade Federal da Grande Dourados UFGD
Dourados – MS
http://lattes.cnpq.br/1922917278007405

Daniel Traina Gama
Docente do Curso de Educação Física
Faculdade de Educação – Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD
Dourados – MS
http://lattes.cnpq.br/0115558445641995

RESUMO: Objetivo: Analisar o estágio de comportamento em relação à atividade física e hábitos alimentares de funcionários públicos de ambos os sexos. **Casuística e Métodos**: Estudo exploratório de corte transversal com funcionários públicos de uma instituição do ensino superior do estado do Mato Grosso do Sul. Foram aplicados questionários: recordatório de 24h e do estágio de mudança de comportamento em cada setor da instituição durante o horário de trabalho, assim como avaliação antropométrica (peso, altura e circunferência da cintura). **Resultados:** Este estudo avaliou 293 funcionários com idades 18-59 anos. 46,1% encontravam-se acima do peso. Em relação ao índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC), verificou-se que aqueles que tinham IMC elevado tendem a ter maior circunferência. Os que praticavam atividade física tinham hábitos alimentares mais saudáveis, diferentes dos que não praticavam, e a principal barreira para a prática de atividade física, foi a preguiça com uso do tempo livre com

dispositivos eletrônicos. **Conclusão:** Os funcionários se encontram num comportamento sedentário (pré-contemplação, contemplação e recaída). E os resultados revelaram que 46,1% dos entrevistados estavam acima do peso, sendo o sexo masculino com maior prevalência. Assim, verificou-se que os indivíduos que não se exercitavam não tinham hábitos alimentares adequados, diferentes dos que praticavam atividade.
PALAVRAS-CHAVE: Estágio de comportamento, Alimentação, Exercício Físico, Excesso de Peso.

ANTHROPOMETRIC STUDY AND BEHAVIOR IN RELATION TO THE PHYSICAL AND FOOD ACTIVITY OF SERVERS

ABSTRACT: Purpose: Analyze the behavior stage in comparison to physical activity and eating habits of public employees of both sexes. Casuistry and Methods: Cross-sectional exploratory study with public employees of a higher education institution in the state of Mato Grosso do Sul. Questionnaires were applied: 24-hour follow-up and behavior change stage in each sector of the institution during working hours, as well as anthropometric evaluation (weight, height and waist circumference). Results: This study evaluated 293 employees from 18 to 59 years old. 46.1% were overweight. Regarding body mass index (BMI) and waist circumference (WC), it was found that those who had a high BMI tend to have a higher circumference. Those who practiced physical activities had healthier eating habits, different from those who did not, and the main barrier to the practice of physical activity was laziness, taking the use of free time with electronic devices. Conclusion: The employees are in a sedentary behavior (pre-contemplation, contemplation and relapse). And the results disclosed that 46.1% of the interviewees were overweight, being the male gender with higher prevalence. Thus, it was verified that the individuals who did not exercise had no adequate alimentary habits, different from those who practiced activities.
KEYWORDS: Behavior Stage, Food, Physical Activity, Overweight.

1 | INTRODUÇÃO

O crescimento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis são causadas, principalmente, pela transformação do estilo de vida do indivíduo e são mundialmente responsáveis por 70 % dos óbitos (COSTA JUNIOR *et al.*, 2013) e os principais fatores apresentados segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), foram o sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e uso de álcool (OMS, 2005).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 82 milhões de indivíduos estão acima do peso, e os fatores comportamentais em relação aos hábitos alimentares e a prática de atividade física têm contribuído para o surgimento de fatores de risco e para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Brasil, 2019). Por isso, uma alimentação adequada aliada a prática de atividade física, vem sendo bastante pesquisada, por serem fundamentais no controle destas doenças (MARCONDELLI *et al.*, 2008).

Portanto, para que o estilo de vida do indivíduo seja modificado, é necessário

entender o comportamento humano, que está relacionado a fatores ambientais e psicológicos (COSTA JUNIOR *et al.*, 2013), além disso, a auto-regulação e auto-eficácia, que fazem parte da teoria social cognitiva, estão ligadas diretamente a mudança do comportamento humano (MCAULEY *et al.*, 2011).

Assim, o comportamento alimentar (escolha e consumo do alimento) influencia no hábito alimentar (comportamento do indivíduo em relação ao alimento), pois a junção destes é de grande importância para o tratamento e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (VAZ; BENNEMANN, 2014; BRASIL, 2014). Aliado a uma alimentação adequada, a atividade física é também um fator primordial para combater o sedentarismo, pois a prática regular pode aumentar a expectativa de vida do indivíduo, por isso, a inatividade física vem sendo considerado problema de saúde pública por aumentar a prevalência de doenças, como obesidade, diabetes, hipertensão, entre outras (FREIRE *et al.*, 2014).

Com isso, instituições governamentais têm adotado campanhas para incentivo a prática regular de atividade física, pois, é evidente que essa prática associada a bons hábitos alimentares são modificações importantes para impedir o aparecimento dessas doenças (RÔAS; REIS, 2012). Visto que, as atividades laborais administrativas, principalmente, exigem baixo gasto energético e as jornadas de trabalho podem influenciar negativamente o comportamento alimentar e a prática regular de exercícios físicos. (NESPECA; CYRILLO, 2011).

Sendo assim, o comportamento em relação ao hábito alimentar e atividade física, podem melhorar a qualidade de vida do indivíduo, podendo diminuir o sobrepeso e a obesidade, e diminuir o risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Este estudo teve como objetivo, analisar o estágio de comportamento em relação a Atividade Física e hábitos alimentares de funcionários públicos de ambos os sexos em uma Instituição de Ensino Superior.

2 | CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1 População do Estudo e Considerações Éticas

A seleção da população deste estudo foi realizada por conveniência e trata-se de um estudo exploratório de corte transversal, realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública localizada na região Centro-oeste do Brasil. Participaram do estudo 293 funcionários, incluindo técnicos administrativos e professores, com idade entre 18 e 59 anos de ambos os sexos.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa – CEP, com o parecer 1.662.840. Após a aprovação, os funcionários foram informados sobre todos os procedimentos a serem realizados, benefícios e riscos do mesmo, em seguida entregue o

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. Foram excluídos deste estudo os de origem indígena, por não haver aprovação para pesquisa com os mesmos e os que não aceitaram participar.

2.2 Protocolos

Para as medidas antropométricas, nas avaliações de peso e estatura foram utilizados o protocolo proposto por Pitanga (2005), utilizou se uma balança digital da marca G-Tech® com capacidade de até 150 kg. Para altura corporal utilizou-se um estadiômetro (Filizola modelo PL-150-São Paulo, Brasil) com aproximação de 0,1 centímetros. Para o índice de massa corpórea (IMC) foi utilizado o padrão da classificação das Diretrizes Brasileira de Obesidade (Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2010).

A Medida da circunferência abdominal foi obtida com auxílio de uma fita antropométrica, com ponto de corte para risco cardiovascular elevado a medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres caucasianos (Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2010).

O questionário Recordatório 24 horas foi utilizado por ser um método aplicável para registrar o consumo alimentar (BUENO; CZEPELEWISKI, 2010).

O Questionário de Mudança de Comportamento (EMC), que é um modelo transteorético, foi utilizado para verificar em que estágio a prática de atividade física se encontrava: Pré-contemplação; Contemplação; Preparação; Ação; Manutenção e Recaída, (CATTAI; HINTZE; NARDO JUNIOR, 2010).

E para as barreiras percebidas a prática de atividade física, foi utilizado um questionário composto por dez questões que identificam quais são as barreiras mais frequentes que dificultam a prática regular de exercícios, com as seguintes perguntas; Tenho preguiça de praticar atividade física; Não faço atividade física porque não é atraente ou não gosto; Prefiro utilizar meu tempo livre com aparelhos eletrônicos; Prefiro fazer outras coisas que não envolvam esforço físico; Não gosto de praticar atividade física porque fico cansado ou suado; Evito praticar atividade física por medo de se machucar; É difícil fazer atividade física porque não encontro o local adequado; É difícil fazer atividade física porque nãos sei fazer a atividade corretamente; É difícil fazer atividade física porque não tenho a vestimenta adequada ou não sei fazer; É difícil fazer atividade física por medo de sofrer bullying (por estar acima ou abaixo do peso). Essas questões eram compostas pelas seguintes respostas; (Nunca; Ás vezes; Sempre) (ENGERS; BERGMANN; BERGMANN, 2014).

2.3 Análise Estatística

Todos os resultados deste estudo foram apresentados na forma descritiva e com inferências para IMC e circunferência. A análise estatística foi realizada por meio de um manipulador de planilhas Microsof Excel, versão 2010 com o pacote Action Stat versão, 3.0.2, e Software R 2.11.1. O IMC e a Circunferência para cada sexo foram avaliados

em relação à normalidade por meio do BoxPlot e pelo teste de Shapiro-Wilk a 5% de significância. A hipótese de normalidade não foi rejeitada para a circunferência masculina(p = 0,1663), já para circunferência feminina (p <0,001), IMC masculino (p = 0,0006) e IMC feminino (p<0,001), a hipótese de normalidade foi rejeitada.Pela possível ausência de normalidade em alguns atributos, foi utilizado o teste não paramétricoWilcoxon-Mann-Whitney para comparação de distribuições. As distribuições de IMC masculinos e femininos diferem significativamente (p = 0,0008) e as distribuições de Circunferência masculinas e femininas diferem significativamente (p < 0,0001). Além disso, foi realizado uma análise de regressão linear simples, para analisar a relação entre às variáveis IMC e CC, por meio de gráfico de dispersão e coeficiente de correlação.

3 I RESULTADOS

O presente estudo avaliou uma amostra de 293 indivíduos de um total de 1497 servidores, de ambos os sexos, sendo 58,70% (n=172) mulheres e 41,30% (n=121) homens, apresentando média de IMC 25±3,87 e circunferência cintura 87,05±10,14.

Em relação ao estado nutricional, a classificação do IMC com sobrepeso estava 33,7% (n=58) e 46,3% (n=56) nas mulheres e homens respectivamente. E 5,2% (n=9) das mulheres e 9,9% (n=12) dos homens com obesidade. (Figura 1)
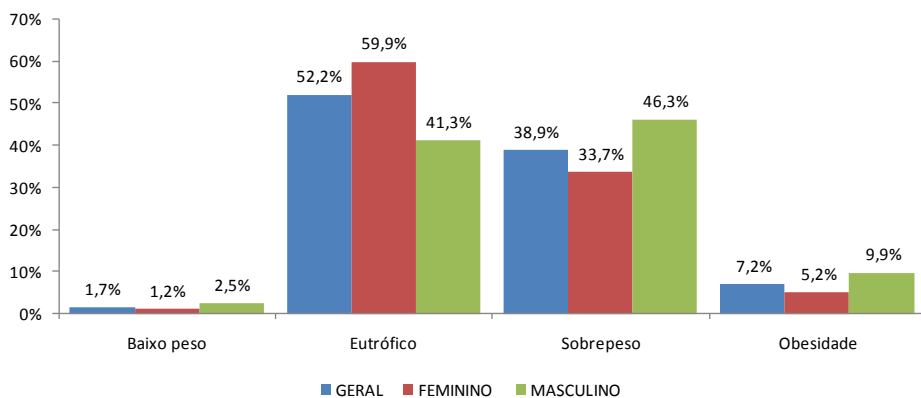
Figura 1 - Percentual de indivíduos avaliados de acordo com o estado nutricional dos mesmos classificados de acordo com o IMC (Índice de Massa Corporal).

Em relação à circunferência da cintura, as mulheres estavam 53% (n=91) com circunferências adequadas e 47% (n=81) classificadas como fator de risco para doenças cardiovasculares, Já os homens estavam 52% (n=63) com circunferências adequadas e 48% (n=58) apresentando circunferências com risco.

De acordo com os dados encontrados (Figura 2) o IMC apresentou uma forte correlação positiva ($r = 0,73$; $p < 0,001$) com a circunferência da cintura demonstrando que o aumento do IMC resulta também no aumento da circunferência da cintura, ou seja, consequentemente os indivíduos que foram classificados em sobrepeso e obesidade apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, principalmente para o sexo masculino.
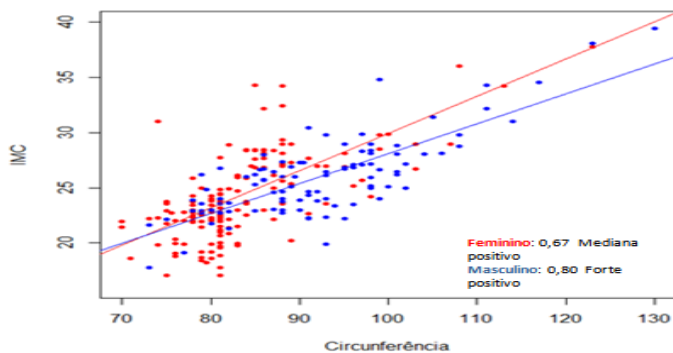
Figura 2 - Gráfico de dispersão para circunferência da cintura e IMC com retas ajustadas por sexo.

Ao analisar o estágio de comportamento em relação à atividade física por meio do questionário (EMC), os resultados (Figura 3) demonstraram os seguintes resultados conforme a figura abaixo:
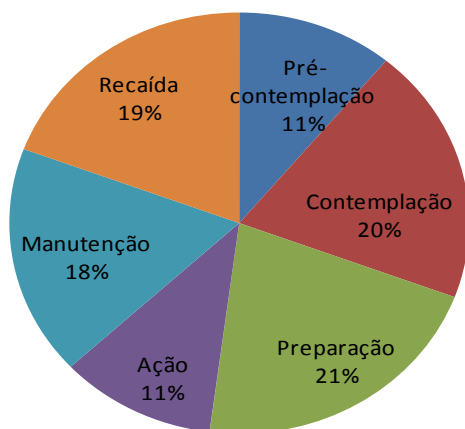
Figura 3- Distribuição de estágio de comportamento relacionado à Atividade Física

No questionário de barreiras que dificultam a prática de atividade física, utilizando as respostas como nunca, ás vezes e sempre; observou-se que as barreiras mais frequentes foram: 1) Tenho preguiça de praticar atividade física, 32% dos entrevistados responderam nunca, 48,98% ás vezes e 18,37% sempre. 2) Prefiro utilizar meu tempo livre com aparelhos eletrônicos (computador/internet/vídeo game/televisão), 32,99% responderam nunca, 53,74% às vezes e 13,27% sempre. 3) Prefiro fazer outras coisas que não envolvam esforço físico (passear, ficar em casa, conversar com amigos), 24,49% responderam nunca, 53,40% às vezes e 22,11% sempre.

Na análise do EMC e estado nutricional, observamos que nos indivíduos considerados sobrepesos, 10,6% estavam na fase de pré contemplação, 23,9% na fase de contemplação 11,5% na fase de preparação, apenas 9,7% encontravam se na fase de ação, 20,4% na fase de manutenção e 23,9% estavam na fase de recaída. Nos indivíduos considerados obesos, 5,0% estavam na fase de pré contemplação, 10,0% na fase de contemplação, 40,0% na fase de preparação, 25,0% na fase de ação, 10,0% na fase de manutenção e 10,0% na fase de recaída.

A tabela 2, demonstra quais foram às barreiras respondidas com a opção 'ás vezes', e na tabela 3, com a opção 'sempre', e em que fase do EMC, estes indivíduos encontravam-se.

Barreiras	Nunca	Ás vezes	Sempre
1- Tenho preguiça de Praticar Atividade Física	32%	48,98%	18,37%
2- Não faço Atividade Física porque não é atraente	51,70%	40,82	7,48
Prefiro utilizar meu tempo livre com ap. eletrônicos	32,99%	53,74%	13,27%
3- Prefiro fazer outras coisas que não envolvam esforço físico	24,49%	53,40%	22,11%
4- Não gosta de praticar atividade porque fica cansado ou suado	62,59%	31,63%	5,78%
5- Evito praticar atividade por medo de se machucar	76,20%	19,39%	4,42%
6- Não encontram um lugar adequado	57,48%	35,03%	7,48%
7- Não sabe fazer corretamente as atividades	51,70%	40,82%	7,48%
8- Não tem equipamentos ou vestimentas adequadas	76,19%	22,79%	1,02%
9- Não faz atividade física por medo de sofrer bullying	97,62%	2,38%	-

Tabela 1. Barreiras percebidas para a prática de atividade física.
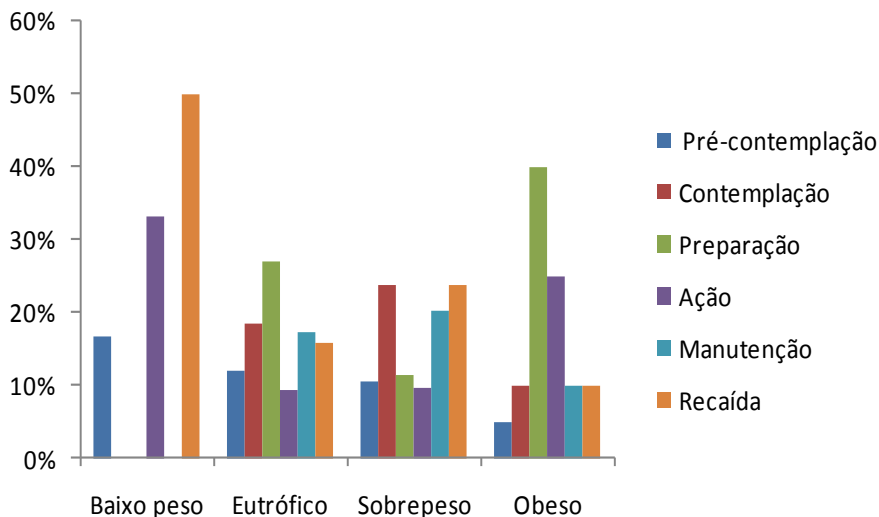
Figura 4 - Distribuição do EMC por Estado Nutricional

BARREIRAS	PC	CON	PREP	Ação	MANo	REC
1. Preguiça	9,0%	19,0%	21,0%	13,0%	16,0%	23,0%
2. Não acha atraente	11,0%	23,0%	18,0%	13,0%	16,0%	19,0%
3.Uso o tempo livre com eletrônicos	9,0%	19,0%	28,0%	11,0%	13,0%	20,0%
4.Prefiro fazer coisas que não envolvam esforço físico	11,0%	18,0%	21,0%	12,0%	16,0%	21,0%
5. Fico cansado ou suado	11,0%	21,0%	15,0%	13,0%	27,0%	14,0%
6. Tenho medo de me machucar	9,0%	18,0%	16,0%	16,0%	16,0%	26,0%
7. Não encontro o local adequado	10,0%	23,0%	19,0%	11,0%	17,0%	19,0%
8.Não sei fazer corretamente	11,0%	23,0%	20,0%	10,0%	18,0%	19,0%
9.Não tenho equipamento	13,0%	18,0%	27,0%	4,0%	22,0%	15,0%
10. Tenho vergonha do corpo	14,0%	29,0%	14,0%	14,0%	-	29,0%

Tabela 2. Distribuição de EMC por Barreiras (Às vezes)

Em relação ao hábito alimentar (Figura 5) verificou se, que os entrevistados em todos os grupos de avaliação nutricional apresentaram grande consumo (sempre acima de 50%) dos itens avaliados dos indivíduos considerados com sobrepeso, 61,19% consumiam frutas e verduras, 53,10% tinham o hábito de tomar refrigerante e 57,5% consumiam doces industrializados. Nos indivíduos obesos, 61,9% consumiam frutas e verduras, 71,45% tomavam refrigerantes e 52,4% tinham o hábito de comer doces industrializados. As

quantidades de refeições realizadas no dia (Figura 6) em indivíduos considerados com sobrepeso e obesidade eram em média 4,23 a 4,38 refeições diárias,

BARREIRAS	PC	CON	PREP	Ação	MANo	REC
1. Preguiça	7,0%	20,0%	30,0%	7,0%	24,0%	11,0%
2. Não acha atraente	14,0%	9,0%	18,0%	9,0%	27,0%	23,0%
3.Uso o tempo livre com eletrônicos	10,0%	28,0%	10,0%	8,0%	28,0%	15,0%
4.Prefiro fazer coisas que não envolvam esforço físico	14,0%	23,0%	23,0%	6,0%	22,0%	12,0%
5. Fico cansado ou suado	18,0%	29,0%	12,0%	6,0%	18,0%	18,0%
6. Tenho medo de me machucar	-	23,0%	23,0%	8,0%	23,0%	23,0%
7. Não encontro o local adequado	18,0%	14,0%	18,0%	18,0%	23,0%	9,0%
8.Não sei fazer corretamente	9,0%	14,0%	18,0%	14,0%	18,0%	27,0%
9.Não tenho equipamento	-	33,0%	-	33,0%	33,0%	-
10. Tenho vergonha do corpo	-	-	-	-	-	-

Tabela 3. Distribuição do EMC por barreiras percebidas. (sempre)
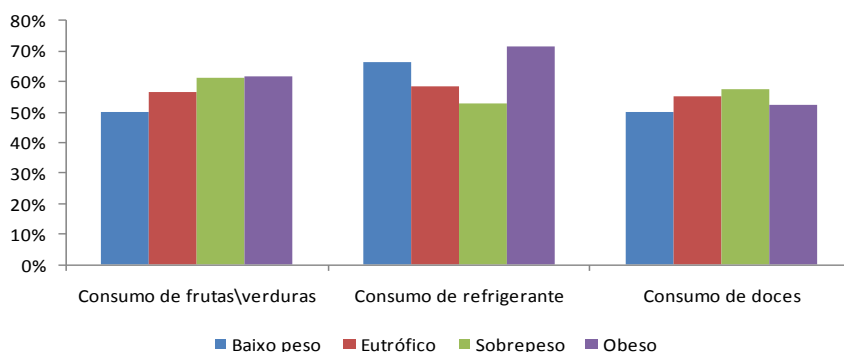
Figura 5 - Hábito Alimentar por Estado Nutricional

No estágio de comportamento em relação à Atividade Física e Hábitos Alimentares, verificou-se que os indivíduos que não tinham a intenção de praticar atividade física (pré contemplação), 59,37% consumiam frutas/verduras, 71,87% doces e 56,25% refrigerante, os que pretendiam praticar, 57,14% frutas/verduras, 55,40% doces e 63,02% refrigerante (contemplação e preparação), já os que praticavam atividade física (ação e manutenção) 60,24% consumiam frutas/verduras, 51,80% doces e refrigerante, e os que praticaram e

pararam (recaída), 58,92% frutas/verduras, 53,57% doces e 55,35% refrigerante. (Tabela 4).
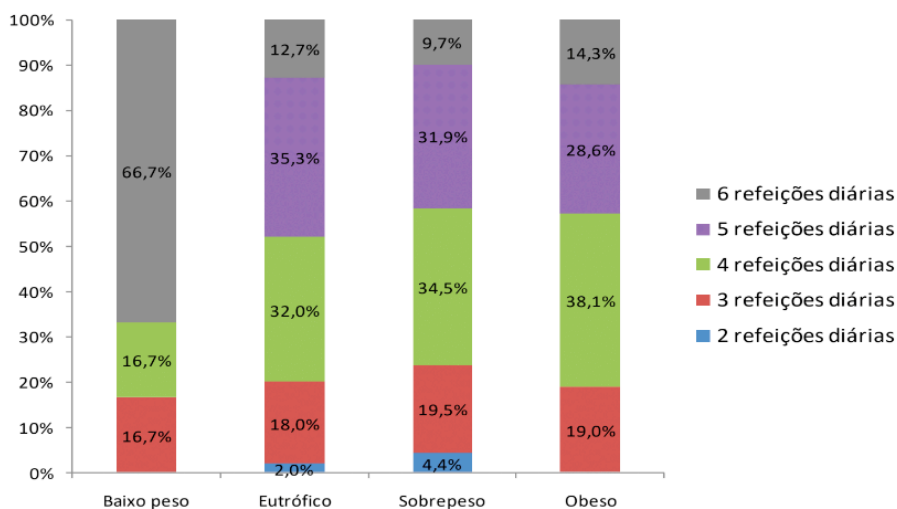
Figura 6 - Estado Nutricional por distribuição do número de refeições.

Estágio de Mudança de comportamento em relação a atividade física	Consumo de Frutas e verduras	Consumo de doces	Consumo de Refrigerante
Ação e Manutenção (Praticavam Atividade Física)	60,24%	51,80%	51,80%
Recaída (Praticaram e pararam)	58,92%	53,57%	55,35%
Pré-contemplação (Não tem a intenção de fazer)	59,37%	71,87%	56,25%
Contemplação e Preparação (Pretendem fazer)	57,14	55,40%	63,02%

Tabela 4. Hábito alimentar por estágio de comportamento e Atividade Física.

4 I DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram uma porcentagem de funcionários acima do peso 46,08% e no comparativo por gênero 56,20% dos homens e 40,9% das mulheres encontravam se com sobrepeso e obesidade. Verificou-se que os homens estavam com mais excesso de peso do que as mulheres.

O IMC no gênero masculino foi significativamente superior ao do gênero feminino. Em relação à circunferência de cintura, 47% e 48%, das mulheres e homens, respectivamente, estavam com fatores de risco. O IMC e a circunferência da cintura apresentaram uma correlação forte positiva, ou seja, o IMC aumentado resulta também no aumento da

circunferência, por isso, os indivíduos com excesso de peso apresentam maiores riscos de desenvolver doenças cardiovasculares, principalmente o sexo masculino.

No estágio de comportamento (EMC), 31% estavam na fase de pré-contemplação e contemplação, 19% estavam na fase de preparação, apenas 29% encontravam-se na fase de ação e manutenção e 21% na fase de recaída, consequentemente, 71% dos funcionários foram considerados sedentários e apenas 29% ativos.

As principais barreiras para a prática de atividades físicas encontradas foram 'prefiro utilizar o tempo livre com aparelhos eletrônicos', 53,74% responderam ás vezes e 13,27% sempre. Para a barreira preguiça, 48,98% responderam às vezes e 18,37% sempre e para a barreira 'preferem coisas que não envolvam esforço físico', 53,40% responderam às vezes e 22,11% sempre. Ao analisar o EMC e o estado nutricional, verificou-se que os indivíduos com sobrepeso 69,9% eram sedentários e apenas 30,1% faziam atividade física, e os considerados obesos 65% eram sedentários e 35% ativos.

Dentre as barreiras mais frequentes, verificou-se que os indivíduos que responderam ás vezes para a barreira 'preguiça', 49% eram inativos (pré-contemplação, contemplação e preparação) 29% ativos (ação e manutenção) e 23% fizeram atividade física e pararam (recaída), os que responderam sempre, 57% inativos, 31,0% ativos e 11% fizeram atividade e pararam. Na barreira 'prefiro utilizar meu tempo livre com aparelhos eletrônicos', 56% inativos, 24% ativos e 20% fizeram e pararam, e a última barreira mais frequente 'prefiro fazer coisas que não envolvam esforço físico', dos indivíduos que responderam ás vezes, 50% inativos, 28% ativos e 21% fizeram e pararam, os que responderam sempre, 60% eram inativos, 28% ativos e 12% fizeram alguma atividade física e pararam.

Em relação ao hábito alimentar, dos indivíduos que estavam com sobrepeso, 61,19% consumiam frutas e verduras, 57,5% doces e 53,10% tomava refrigerante, os obesos, 61,9% consumiam frutas e verduras, 52,4% doces e 71,45% tomava refrigerante. A média de refeições dos indivíduos entrevistados desse estudo, foi de 4,37 refeições ao dia.

De acordo com o EMC, hábito alimentar e prática de atividade física constatou-se que dos indivíduos que se encontravam na fase de pré-contemplação, 59,37% consumiam frutas e verduras, 71,87% doces e 56,25 refrigerante, dos que estavam na fase de contemplação e preparação, 51,14% ingeriam frutas e verduras, 55,40% doces e 63,02% refrigerante, e nas fases de ação e manutenção, 60,24% consumiam frutas e verduras, 51,80% doces e refrigerantes.

Oliveira *et al.,* (2011) entrevistando 145 professores de uma universidade encontrou 51,04% com excesso de peso, juntamente, com o IMC, foi superior no gênero masculino, o que corrobora com os dados o presente estudo. No estudo VIGITEL (Brasil, 2015) em entrevista por telefone, observou uma prevalência de 46,4% de adultos com excesso de peso na cidade de São Luís, e 54,6%, na cidade de Campo Grande-MS, já Costa *et al.,* (2014) observou que entre os 299 funcionários, 63,5% apresentavam excesso de peso, o sexo masculino apresentou diferença significativa quando comparado ao gênero feminino.

Estes dados demonstram que a população brasileira está com o risco elevado para doenças crônicas degenerativas. E Dourados-MS pode estar com as mesmas características.

Nespeca e Cyrillo (2011) afirmam que estado nutricional adequado é verificado quando há um equilíbrio entre o gasto energético e a ingestão alimentar. A alimentação inadequada excedendo o valor calórico necessário por dia e a inatividade física favorece ao aumento de peso. Segundo Quaioti e Almeida (2006) o grande consumo de alimentos não saudáveis, pode ser explicado pela mudança do perfil da família brasileira. As mulheres que antigamente dedicavam-se apenas aos serviços domésticos, atualmente conciliam casa e carreira profissional, o que acaba acarretando em um menor tempo dentro de casa. Além disso, destacam em seu estudo que o oportunismo das indústrias diante deste novo perfil, disponibilizando produtos de fácil e rápida preparação, tonando-se as famílias acomodadas ao consumo de produtos industrializados acabando por mudar os hábitos alimentares. Esses argumentos podem explicar a grande porcentagem (46,1% n=135) de funcionários entrevistados com excesso de peso com uma alimentação com alto valor calórico e o sedentarismo, pois dos funcionários entrevistados 71% não praticam nenhuma atividade ao classificar o EMC em ativos e inativos e 56,5% consomem refrigerantes e doces.

De acordo com Olbrich *et al.,* (2009), que avaliou 9.867, entre alunos, docentes e funcionários da UNESP, verificou que 59,9% eram sedentários, ou seja, apresentavam um grande desencorajamento para a prática regular de atividade física, deste modo o sedentarismo é considerado um fator de risco que pode ser modificado com a prática de atividade aliado a uma alimentação saudável, o autor destaca em seu estudo que indivíduos sedentários obtiveram maiores fatores de risco para desenvolver doenças cardiovasculares. Esses dados fortalecem os nossos achados, demonstrando que o estilo de vida dos funcionários da Educação Superior tem comportamento sedentário.

Em um estudo realizado por Sebastião *et al.,* (2009) em São Paulo com 1,700 indivíduos adultos, porém com uma metodologia diferente da utilizada neste estudo, umas das principais barreira encontrada foi a preguiça para a prática de atividade física, que também foi uma das principais no presente estudo, e os indivíduos que apontaram essa barreira com 'ás vezes', 29% faziam atividade física e 71% sedentários, os que responderam com a opção 'sempre', 31,0% praticavam e 68,0% sedentários, pois, independente da metodologia, essa variável é uma fator importante como barreira. Além desta barreira, outras duas, foram destacadas no presente estudo, como a preferência por utilizar o tempo livre com aparelhos eletrônicos, e fazer coisas que não envolvam esforço físico. Neste sentido, sugerimos que os indivíduos procurem à prática regulares de exercícios físicos de seu interesse (regulação intrínseca), pois, se não, as atividades consideradas sedentárias serão mais interessantes do que o esforço físico.

Verificou-se que 47,4% dos funcionários apresentam a circunferência da cintura, com risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, observando um grande desenvolvimento de obesidade andróide (maior acúmulo de gordura na região abdominal,)

nesta população.

Portanto, o desequilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético, gera o aumento do peso e causam doenças ligadas à obesidade, pois as complicações metabólicas, estão associadas ao aparecimento de doenças crônicas degenerativas, como a diabetes, hipertensão, dislipidemias, câncer e principalmente de doenças cardiovasculares que estão estreitamente associadas à maior concentração de gordura abdominal, e em adultos, isso pode ocasionar um grande índice de morbidade e mortalidade, neste sentido, a população estudada, demonstra ser candidata à apresentar fatores de risco para doenças crônicas (PINHO *et al.*, 2013).

Ao fazer a comparativa da circunferência de cintura por gênero, 47,0% no sexo feminino e 48,0% no sexo masculino apresentaram fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, além disso, o presente estudo verificou que os indivíduos do sexo masculino, tendem a ter circunferências superiores ao do sexo feminino. Já no estudo realizado com servidores da Universidade Federal de Viçosa, onde o risco de doenças cardiovasculares foi encontrado em 43,69% dos homens e em 54,76% das mulheres, portanto, a avaliação da circunferência da cintura é um ponto importante para a associação de risco cardiovascular nos indivíduos, pois tal medida está intimamente relacionada à distribuição da gordura abdominal e ao excesso de peso (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Verificou-se também que o coeficiente de correlação entre a circunferência da cintura e Índice de Massa corpórea, foi forte positivo r=0,73, ou seja, o IMC resulta também no aumento da circunferência, pois os indivíduos que foram classificados com sobrepeso e obesidade apresentam maiores riscos para desenvolver doenças do coração, signitivamente os do sexo masculino. Tendo em vista que a gordura visceral é capaz de fornecer a estimativa de gordura abdominal, que por sua vez está correlacionada à quantidade de tecido adiposo visceral (GOMES *et al.*, 2008).

Para que ocorra o equilíbrio e uma boa relação entre IMC e CC, é necessária a manutenção do peso corporal principalmente por meio de atividades físicas e assim como bons hábitos alimentares, pois os motivadores para a prática regular de atividade física variam de acordo com a população, observou nos indivíduos que os fatores que levam a prática de atividade física se direcionam a saúde, procura por satisfação e sensação de bem estar.

O presente estudo identificou que o estágio de comportamento em relação à Atividade Física e a associação entre o estado nutricional dos entrevistados tiveram uma prevalência de sobrepeso e 69,9% eram sedentários e apenas 30,1% praticavam atividade física, os obesos, 65% estavam sedentários e 35% faziam atividade. Buscou se colaborar no entendimento do comportamento atual dos indivíduos, em face da atividade física, para uma possível intervenção, que proporcionando atividade que levam um estilo de vida ativo, menos sedentário no ambiente de trabalho dos participantes desta pesquisa.

Observou-se que somente 29 % dos funcionários entrevistados faziam algum tipo

de atividade física regular e 71% considerados sedentários, entretanto 41% pensam em voltar a praticar atividade física. No Brasil, 46%, da população é considerada sedentária, visto que, as pessoas que buscam praticar atividade física, pretendem com ela uma melhor qualidade de vida. Uma das formas para combater o sedentarismo, seria descobrir o que motiva a pessoas a prática regular de atividade física (SEAD, 2013).

Deste modo, os fatores motivacionais que levam o indivíduo a sentir vontade de praticar atividade física, a decisão de mudar o estilo de vida, consequentemente estimulam a prática de atividade, ao contrário, os indivíduos que não tomam essa decisão, sentem menos estimulados a mudar seu estilo de vida, e esses aspectos estão diretamente ligados a auto regulação (MATIAS *et al.*, 2010).

No estágio de mudança de comportamento em relação à atividade física e hábitos alimentares, no presente estudo verificou se que os indivíduos que praticavam atividade física (ação e manutenção), consumiam mais frutas/verduras (60,24%), e faziam em média 5 refeições ao dia, de acordo com o guia alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), recomenda que o indivíduo faça de 5 a 6 refeições ao dia, incluindo as principais, café da manhã, almoço, jantar e as pequenas refeições, denominadas como lanches..

Comparando ao nosso estudo, Figueiredo et *al.,* (2008) realizou uma pesquisa com adultos da cidade de Bogalusa, nos Estados Unidos verificou-se que o consumo de frutas, legumes e verduras era maior entre aqueles que praticavam atividade física. Deste modo, a prática regular de atividade física pode influenciar no consumo de frutas, verduras e legumes, o inverso também foi comprovado, pois o baixo consumo está ligado a baixa frequência de Atividade Física.

Muitas estratégias vêm sendo elaboradas para o aumento de consumo de frutas, verduras e legumes, uma delas o programa 5 ao dia, que iniciou se nos Estados Unidos, e atualmente atua em mais de 40 países. No Brasil uma dessas estratégias, é o Guia para a População Brasileira que recomenda um consumo diário de 5 porções diárias de frutas (BRASIL, 2014).

Boccaletto e Mendes (2009) destaca em seu estudo que, a baixa ingestão destes alimentos contribui para a carga global de doenças crônicas, e também de alguns tipos de câncer. Além disso, a carência desses alimentos, e a falta de atividade física, podem provocar deficiências de vitaminas e minerais, constipação intestinal e, indiretamente, excesso de peso.

No presente estudo, os que não tinham intenção de praticar (pré contemplação) consumiam menos frutas/verduras (59,37%), mais doces (71,87%) e refrigerantes (63,02%) e tinham em média 4,34 refeições ao dia. Os indivíduos que pretendiam fazer atividade física (contemplação e preparação), 57,14% consumiam frutas/verduras, 55,40% doces e 63,02% refrigerantes.

Tal fato é preocupante, já que o consumo destes alimentos, e a inatividade física, favorecem ao excesso de peso, e Doenças Crônicas. Os resultados deste estudo são

parecidos com dados de estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE), que concluíram que o hábito alimentar dos brasileiros é composto por uma dieta com alto valor energético, ou seja, alto consumo de açúcares e refrigerante.

Portanto, são necessárias ações que visem intervir na remoção dessas barreiras, para prática regular de atividade física e mudança de hábito alimentar, visto que o servidor público tende a ficar sedentário pela rotina de trabalho, e consequentemente ter problemas de saúde e prejuízos para instituições, como por exemplo, afastamento do trabalho ou licenças para tratamentos. Uma medida poderia ser tomada no próprio local de trabalho, com incentivos para pratica de atividade, visto que o local possui uma academia, e áreas que são adequadas para isto. Mais que isso, devem constituir uma política institucional de atenção à saúde e à qualidade de vida desses trabalhadores, no sentido de promover a prática de atividades, o que podem auxiliar na diminuição dos desgastes físicos e psicológicos, na prevenção de doenças crônicas e melhorando, também o rendimento do trabalho dos mesmos.

5 I CONCLUSÃO

Ao analisar o estágio de comportamento em relação a atividade física e hábitos alimentares, verificou-se que os indivíduos que não praticavam atividade física (comportamento sedentário) não tinham um habito alimentar adequado, diferente do que praticavam (comportamento ativo) que procuravam ter um hábito saudável. Ao correlacionar o índice de massa corpórea com a circunferência de cintura, observou-se que os que apresentavam IMC elevado tendem a ter uma circunferência elevada, visto que os indivíduos do sexo masculino estavam com fatores de riscos superiores em relação sexo feminino. Ao avaliar a prevalência de sobrepeso e obesidade, conclui que 46,1% dos funcionários estavam acima do peso. Em média os entrevistados realizavam 4,34 refeições ao dia, visto que muitos dos funcionários eram sedentários, relataram que as barreiras mais frequentes para a prática de atividade física eram a preguiça, preferência por utilizar aparelhos eletrônicos no tempo livre e preferência por fazer coisas que não envolvesse esforço físico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para População Brasileira. Secretaria de Atenção Básica a Saúde; Brasília- D.F. 2014.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Vigitel. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos-desafios e perpectivas. Brasília - D.F. 2019.

Bocaleto, E.M.A; Mendes, R.T. **Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo**, IPES editorial, Campinas. 2009.

Bueno, L.A. Czepelewiski, M.A.A. Recordátorio de 24 horas como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescente de baixa estatura. **Rev Nutr**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 65-63, jan/fev. 2010.

Cattai, B.B.P; Hintze, L.J; Nardo Junior, N. Validação interna do questionário de estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e de atividade física. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 2, p. 194-199. 2010.

COSTA JUNIOR, R. G. et al. Qualidade de vida , estilo de vida e saúde : um artigo de revisão. **Revista Amazônia**. v.1, n.1, p. 33-40, Jan. 2013.

COSTA, M.A.P; VASCONCELOS, A.G; FONSECA, M.J.M. Prevalência de obesidade excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma Universidade Federal. **Rev Bras epidemiol**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2 , p. 421–436, abril./junho.2014.

Diretrizes Brasileiras de Obesidade. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. 3 ed. São Paulo. 2010.

ENGERS, P.B; BERGMANN, M.L.A; BERGMANN, G.G. Barreiras para atividade física em adolescentes: validade e reprodutibilidade de um instrumento. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, Florianópolis. v. 19, n. 4, p. 504, setembro. 2014.

FIGUEIREDO, R.C.I; Jaime, C.P; Monteiro A.C. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de São Paulo. **Rev saúde publica**. v. 42. n. 5. p. 777-785. 2008.

FREIRE, S.R. et al. Prática regular de atividade física, estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil, **Rev Bras Med Esporte**, v.20, n. 5, set/out. 2014.

GOMES, M. N; Penteado, R.F. Atividade Física e síndrome metabólica: um estudo de revisão, **Rev Efdportes**, Buenos Aires v.13, n 125, outubro. 2008.

MCAULEY, E. et al. Self-regulatory processes and exercise adherence in older adults: executive function and self-efficacy effects. **Am J Prev Med**, v. 41, n. 3, p. 284–290, september. 2011.

MARCONDELLI, P; COSTA,T.H.M; SCHMITZ, B.A.S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3 ao 5 semestre da área da saúde da Universidade de Brasília. **Rev Nutr**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 39–47, jan./fev. 2008.

MATIAS et al. Teoria da autodeterminação: aplicações no contexto da prática de exercícios físicos de adolescentes. **Pensar a Prática**, Goiânia, v . 13, n. 2, p. 118, maio/ago. 2010.

NESPECA, M; CYRILLO, C. Qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos: papel da nutrição e da qualidade de vida. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 187-195, março. 2011.

OLBRICH, S. R. L. R. et al. Sedentarismo: prevalência e associação de fatores de risco cardiovascular. **Rev Ciên Ext**, v.5, n.2, p.30-41, 2009.

OLIVEIRA, R.A.R. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em professores da Universidade Federal de Viçosa. **Fisioter. Mov**, Curitiba, v. 24, n. 4, p. 603-612, 2011.

Organização Mundial da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Genebra: OMS. 2005.

PINHO, C.P.S. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 313–324, fev. 2013.

Pitanga, G.J.F. Lessa, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador- Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 85, n.1, julho. 2005.

QUAIOTI, T.C.B; ALMEIDA, S.S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 193–211, 2006.

Rôas, S.A.Y; Reis, B.J.E. Causas e conseqüências de um estilo de vida sedentário e possibilidades de transformar o conhecimento de hábitos saudáveis em ações práticas e concretas. **Efdeportes**, Buenos Aires, v.17, n.168, maio. 2012.

SEAD. Fundação de sistema estadual de análise de dados. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Uma comparação entre Brasil e o estado de São Paulo. Primeira análise SEAD, n. 33. dezembro. 2015.

SEBASTIÃO, E. **Nível de atividade física e principais barreiras percebidas por indivíduos adultos : um levantamento no município de Rio Claro-SP**. 2009.144 p. Dissertação (Biodinâmica da Motricidade Humana). Universidade Estadual Paulista - campus Rio Claro.

VAZ, D. S. S; BENNEMANN, R. M. Comportamento alimentar e hábito alimentar : uma revisão. **Revista UNINGÁ Review.** v. 20, p. 108–112, 2014.

CAPÍTULO 14

FATORES ASSOCIADOS AOS ÍNDICES DE DEPRESSÃO E SUICÍDIO ENTRE OS UNIVERSITÁRIOS

Data de aceite: 01/02/2021

Benedita Maryjosé Gleyk Gomes
Enfermeira; Mestra em Gestão e Desenvolvimento Regional – UNITAU
Especialista em Saúde Mental

Aline de Sousa Rocha
Enfermeira; Especialista em UTI adulto e Nefrologia pela Faculdade UniBF

Roberta Sousa Meneses
Enfermeira; Especialista em Saúde do Idoso pela Ufma

Marcos Antonio Silva Batista
Enfermeiro; Especialista em Saúde do Trabalho

Rosane Cristina Mendes Gonçalves
Enfermeira; Especialista em Saúde Pública

Talita Sousa Batista
Enfermeira

Samara Lima Ferreira
Enfermeira; Especialista em Cardiologia Intensiva e Urgência e Unidade de terapia intensiva

Fernanda Viana Teixeira
Enfermeira

RESUMO: Os transtornos depressivos, apresentam uma alta prevalência na população geral, e nos últimos anos vem gerando alto custo social, sendo um dos mais preocupantes problemas de saúde pública, principalmente por estarem fortemente ligados aos índices de suicídio e ideação suicida, sendo esses muitas vezes compreendidos com um sintoma da própria depressão. Quando em se tratando de públicos mais jovens, neste caso do público universitário, esta problemática se torna ainda mais preocupante uma vez que esses são um potencial grupo de risco, pelos vários fatores que o ambiente da universidade pode fazer surgir na vida desses indivíduos. Tendo em vista essas observações, objetivou-se pontuar os fatores de risco para a depressão entre os universitários e ainda para a ideação suicida e o suicídio consumado, buscando por meio dos achados, trabalhar de forma mais objetiva na prevenção e promoção da saúde desses indivíduos, bem como redução dos danos ocasionados pelos referidos processos de adoecimento mental. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, exploratória com abordagem qualitativa. Os resultados tratam principalmente da pressão familiar e social exercida sobre o universitário, bem como relações interpessoais conflituosas e ainda o fator financeiro desses universitários. Diante de todos os dados e das observações, é importante destacar a necessidade de um cuidado diferenciado principalmente das instituições de ensino, voltados ao público universitário, não desmerecendo ou negligenciando os outros públicos, mas devido ao acentuado crescimento dos registros de depressão e de suicídio dentro desse grupo.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Suicídio; Universitários; Jovens acadêmicos.

ABSTRACT: Depressive disorders have a high prevalence in the general population, and in recent years comes generating high social cost,

being one of the most worrisome public health problems, mainly because they are strongly linked to rates of suicide and suicidal ideation, and these often included with a symptom of depression itself. When it comes to younger audiences, in this case the public University, this issue becomes even more troubling as these are a potential risk group, by several factors that the University environment can do arise in life of these individuals. In view of these observations, the objective scoring the risk factors for depression among college students and even for suicidal ideation and suicide consummated, seeking through the findings, more objective work on prevention and health promotion of these individuals, as well as reduction of the damage caused by such processes of mental illness. This is a literature review of type exploratory qualitative approach, narrative. The treat results mainly from family and social pressure exerted on the University, as well as conflicting interpersonal relationships and the financial factor of these University students. Before all the data and observations, it is important to highlight the need for differentiated care mainly of educational institutions, aimed at the public, do not belittle or neglecting others, but due to the sharp growth of records depression and suicide within that group.
KEYWORDS: Depression; Suicide; College; Young students.

1 I INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental ampla e comumente encontrado na população geral, e segundo a OMS, em 2030 será a maior causa de incapacidade mental em todo o mundo, de forma geral a doença é considerada um conjunto de sintomas fisiológicos e psicológicos que se apresenta com intensidade e tempo de duração variado, podendo esses estarem classificados de leve a severo. Os principais sintomas observados são; humor deprimido, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de culpa e inutilidade, dentre vários outros sintomas, entre eles o pensamento de morte e o intento suicida (CREMASCO E BAPTISTA, 2017).

O transtorno depressivo acomete fortemente o sexo feminino e a literatura o correlaciona a muitos casos de suicídio, dentre outros fatores é uma doença altamente incapacitante, ocasionando grande sofrimento e uma má qualidade de vida, podendo ocasionar tentativas de suicídio ou suicídio propriamente dito, embasado nisso acredita-se que os números de suicídio cresçam para mais de 1,5 milhões de pessoas anualmente, aumentando a preocupação das autoridades enquanto problema de saúde pública. No ano de 2012, 11.821 pessoas cometeram suicídio no Brasil, sendo desses 9.198 homes e 2.623 mulheres (OMS, 2014).

Quando em se tratando dos jovens e mais especificamente dos universitários, este público apresenta uma grande vulnerabilidade a doenças mentais por vivenciar muitos momentos estressores, como a pressão exercida por pais e professores, realização de trabalhos e de provas, falta de lazer, privação de sono, as muitas expectativas geradas em relação ao futuro, dessa forma, ocasionando uma maior probabilidade de desenvolver os transtornos de humor (MESQUITA et al., 2016)

A pesquisa voltada para esta temática se faz necessária, uma vez que subsidiarão as ações de prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida dos universitários, buscando o diagnóstico o mais previamente possível. Diante disso possui como objetivo central, apresentar os dados e relatos sobre os fatores que ocasionam o surgimento da depressão e do desejo do suicídio entre os universitários, uma vez que uma fase tão esperada por muitos se torna tão pesarosa e difícil de vivenciar.

O texto apresentado a seguir possui dois tópicos de referencial teórico, seguidos da metodologia trabalhada para elaboração dos conteúdos, posteriormente resultados e discussões e considerações finais.

2 I REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O processo depressivo

A depressão é seguramente o transtorno mental mais caracterizado ao longo da história, com relatos girando em torno de 2.500 anos, desde textos da Grécia antiga até a Era Moderna, que citavam a tristeza profunda e suas variantes. Os transtornos depressivos, apresentam uma alta prevalência na população de forma geral, e nos últimos anos vem ocasionando um alto custo social, sendo um dos mais preocupantes problemas de saúde pública. A OMS determina o surgimento de uma grande mudança nas necessidades de saúde da população, uma vez que doenças de cunho mental e dentre elas a depressão, ocasionam uma rápida substituição de outros processos patológicos e infecciosos vivenciado pela população (QUEVEDO, NARDI E, GERALDO, 2019).

Estima-se que de 15 a 25% da população foram acometidas pela depressão e que uma a cada quatro pessoas irá fazer tratamento para a depressão em algum momento da vida, no Brasil 24 a 30 milhões de pessoas, apresentaram ou irão apresentar em algum momento da vida algum episódio depressivo, atualmente é a quarta doença que mais gera custo hospitalar, sendo tão frequente quanto a hipertensão e o diabetes (MESQUITA et al, 2016).

É evidenciado que uma série de mudanças importantes acontecem no pensamento do deprimido. Quando se está deprimido os pensamentos se tornam negativos e o senso de autocritica acaba se acentuando, com sensações de culpa por sentirem o que sentem ou concentrando-se em defeitos percebido de si, os indivíduos desgostam consigo por não se sentirem bons e por se sentirem inferiores quando se comparando aos outros, há ainda quem ache o pensamento lento, confuso e passageiro, para outros eles se tornam fixos e em particular sobre como se sentem fracassados (IRONS, 2018).

Outras mudanças observadas, são quanto as alterações no comportamento, a grande maioria dos indivíduos dizem achar difícil iniciar alguma atividade ou ainda possuir forças para finaliza-las quando essas são iniciadas, algumas pessoas reduzem as saídas

de casa, e ainda atividades básicas do dia a dia, como tomar banho, escovar os dentes ou o simples fato de se alimentar, o resultado desse posicionamento por vezes acaba sendo o isolamento social, com grande impacto sob as relações interpessoais, o que também acarreta maior prejuízo na qualidade dos relacionamentos e um acentuado crescimento do número de divórcios (IRONS, 2018).

Para muitos autores, quando em respeito aos transtornos mentais, a depressão é a que mais se associa ao suicídio, seja como sintoma ou como diagnóstico. A depressão formaria a corrente do que se entende por suicídio contagioso, quando um caso de suicídio pode desencadear outros, ou outras tentativas, isso porque o fato de conversar com pessoas que já tentaram suicídio ou estar muito próximo dessas, acaba levando a uma tristeza profunda e maior reflexão sobre a vida, o que pode fazer com que pessoas já envolvidas às ideias de suicídio cometam automutilação e até mesmo o suicídio consumado (FÉLIX et al., 2016).

2.2 A relação depressão e suicídio

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente, um milhão de pessoas cometem suicídio, e estima-se que esse número cresça ainda mais no ano de 2020 cerca de 2.4% da população mundial. Atualmente é considerada uma das principais causas de morte em todo o mundo, ainda referente esses dados, acresce o fato de que os intentos suicidas acontecem 20 vezes mais que o suicídio consumado, no início da vida adulta os números se tornam ainda mais preocupantes, fazendo os dados chegarem a segunda maior causa de morte nessa fase da vida (OMS, 2012).

Os acontecimentos suicidas, podem ocorrer como resposta ao estresse em algum momento da vida, porém é necessário compreender que tais acontecimentos, por si só, não determinam ou culminam no ato suicida, mas a forma como esse indivíduo se comporta diante do determinado fato, dessa maneira, o que para um indivíduo pode ser considerado como fator de risco, para outro, o mesmo fato pode ser bem compreendido, passando a se tornar um fator ou motivo para um melhor desenvolvimento (SOBRINHO E CAMPOS, 2016).

A OMS determina os primeiros anos do ano 2000 como um período com grandes mudanças na necessidade de saúde da população, uma vez que a depressão passa a substituir os tradicionais problemas de saúde, como as doenças infecciosas e a má nutrição. A depressão é ainda estreitamente relacionada ao suicídio e o mesmo pode ser considerado como um dos sintomas da depressão. As ideias suicidas e o desejo de morrer pode atingir diferentes populações inclusive a de estudantes universitários (CREMASCO E BAPTISTA, 2017).

Entre os acadêmicos os números de suicídio e depressão tem se tornado alarmante, pelos vários fatores estressantes vivenciados por este público, pressão familiar, a pressão exercida pelos professores, provas, exames, trabalhos e ainda a pressão social, a

necessidade de boas notas, todos esses fatores são apontados com fatores de risco para desencadeamento de transtornos de humor, dentre eles a depressão.

Dutra (2012), ainda correlaciona o fator depressivo a transição vivida pelo jovem, quando ele sai de casa e passa a se responsabilizar por suas vivencias, a distância do seio e do amparo familiar, as questões financeiras, bem como um novo ambiente interpessoal e todo o contexto da cobrança da nova vida podem vir a facilitar o desenvolvimento de transtornos depressivos, e principalmente da ideação suicida.

Outros fatores como a insegurança, realização de alguns procedimentos, medo do erro, o contato mais próximo com a morte e a grande tensão e medo de contrair doenças principalmente nos cursos de área da saúde. O universitário acaba desenvolvendo mecanismos de defesa psicológica, os quais podem vir a desenvolver ou agravar problemas que já existiam anteriormente, uma vez que esses fatores não são resolvidos, culminam quase sempre em transtorno depressivo (PEREIRA E CARDOSO, 2015).

O interesse cientifico pela depressão entre o público jovem é ainda bastante recente, uma vez que até meados da década de 70 se acreditava que a depressão nessa faixa etária da vida era muito rara. Artigos recentes pontuam que a depressão se tornou um dos principais e mais frequentes problemas de saúde identificados pelos médicos em relação as consultas do público jovem, o que parece que está acontecendo cada vez mais cedo (BAHLS E BAHLS, 2002).

Raposo et al., (2016) vem relatar que a idade crítica para a ideação e as tentativas de suicídio, em paciente com altos níveis de ansiedade e depressão está entre a faixa etária de 17 a 23 anos. Diante do conhecimento do perfil epidemiológico do das tentativas de suicídio e óbito por suicídio no Brasil a Rede de atenção à Saúde, e o Ministério da Saúde no ano de 2017, apontam o suicídio como fenômeno que ocorre em todos os cantos do mundo, nas mais diversificadas culturas e povos. O perfil epidemiológico ainda destaca que nos anos de 2011 a 2016, foram notificados no SINAN 1.173.418 casos de violência interpessoais ou autoprovocada, considerando-se somente as lesões autoprovocadas 48.204 (27%) casos de tentativa de suicídio.

Apesar de as estatísticas indicarem que a prevalência de ideação suicida é mais comum do que se possa pensar, os resultados são ainda mais alarmantes quando se questiona os universitários sobre o fato de alguma vez na vida possuírem pensamentos suicida, demonstrando que se trata de um fenómeno bastante frequente com uma prevalência de pensamento de suicídio muito alta e ainda mais assustadoramente as tentativas de suicídio (LOVISI, 2009).

Associar a ideação suicida e a depressão não é incomum, uma vez que algumas das manifestações dos comportamentos depressivos está ligada aos desejos de morte, o que desencadeia as tentativas de suicídio frequentes e ao suicídio consumado, algo que se complica quando se observa de forma mais intensa a visão negativa do mundo e do futuro, ou seja, quando também estão presentes sentimentos de descrença e de frustração.

Esta associação de fatores faz surgir um estado psicológico que ultrapassa as categorias básicas de diagnóstico, evidenciando um estado interno de intensa angústia, fazendo o sujeito sentir uma necessidade gritante de alívio (GONÇALVES, 2014)

3 I MÉTODO

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura, de natureza narrativa, exploratória com abordagem qualitativa. Para reunião de conteúdo, houve a busca em bases de dados como por exemplo a Scielo e bases de dados de bibliotecas de importantes instituições de ensino superior, por meio das palavras chaves: suicídio, depressão, depressão entre acadêmicos, depressão em jovens, dentre outras.

Foram considerados como critérios de inclusão, artigos e outros materiais que compusessem a proposta da temática, a priori com publicações entre os anos de 2016-2019, porem devido a observação de muitos materiais que englobam a temática, mas que não se enquadravam neste recorte temporal, decidiu-se ampliar o espaço de tempo dos artigos em questão, permitindo mais fácil aquisição de outros materiais tão rico e importantes quanto aqueles delimitados no primeiro momento da pesquisa.

A pesquisa teve como base inicial, um total de 40 artigos, porem para base de construção textual, foram utilizadas o equivalente a 28 referências.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os números dos casos de suicídio são alarmantes e conhecer seus fatores de risco acaba despertando o interesse de muitos estudiosos da área da saúde, uma vez que descobrir os fatores possibilita a elaboração de estratégias e planos de cuidados mais efetivos, e mais direcionados aos grupos de risco. A relação entre depressão, suicídio e ideação suicida também tem sido alvo de muita investigação. Pesquisas verificam que a maioria dos estudantes universitários que reportam ideação suicida apresenta também algum tipo de perturbação depressiva, sendo a Perturbação Depressiva Maior a mais comum.

Bahls e Bahls (2002), determinam que a depressão ocorre potencialmente durante a adolescência e início da fase adulta, apresentando algumas modificações entre os sexos, com predomínio das meninas sobre os meninos.

Lima (2013), determina que a enorme pressão sofrida pelos estudantes é a principal causa de abreviamento da vida, ressalta ainda um aumento no número de suicídio em 60% nos últimos 45 anos, principalmente no público masculino e faixa etária de 15 a 24 anos.

Esses achados só confirmam os achados Pereira e Cardoso (2015) que falam sobre o alarmante número de relatos suicida e depressivo entre os acadêmicos. Relatam ainda sobre as pressões sofridas pelos acadêmicos e sobre a necessidade de manter a expectativa gerada pela sociedade que o rodeia e pela própria família, que neste caso pode

passar de fatores de proteção a fator de risco para esse sujeito.

Ainda se tratando dessa abordagem, Lima (2013) determina que deixar o aconchego familiar, para morar longe e estudar, quase sempre os faz viver em isolamento e solidão, muitos são os que não conseguem fazer amizades e se relacionar, o que torna o pensamento sobre a morte casa vez mais comum, a vida acadêmica, confinada a horas de estudo e privação do sono faz com que a depressão seja cada vez mais frequente.

Diante do exposto existe a evidente necessidade de alerta por parte dos responsáveis, na busca de encontrar quaisquer relatos ou evidencias do pensamento suicida, dando todo o apoio necessário ao jovem, principalmente nos primeiros anos da faculdade, fazendo com que ele se sinta amparado e potencializando dessa maneira os vínculos e consequentemente criando potenciais pontos de apoio emocional e psicológico.

Dias (1991), já determinava que a postura de muitos profissionais docentes acaba sendo fator estressor a ser vivenciado pelo acadêmico, dizendo ainda que alguns profissionais são sádicos e que a forma humilhante que buscam preparar os indivíduos acaba sendo na verdade, uma forma errônea de preparo para a academia e para a vida, uma vez que grande porcentagem deles pode por vezes se sentir reprimida e insignificante, dada a postura do profissional.

Baseado nesse fator alguns autores ainda trazem a correlação dessas vivencias com o abuso de sustâncias psicoativas, principalmente o uso do álcool, a droga psicoativa mais relacionada aos atos de suicídio, e considerando-se que hoje o álcool está presente na vida de muitos universitários, fica difícil precisar tamanha problemática.

Quando a temática é o abuso de substâncias e a sua relação com o suicídio, existe uma necessidade de um olhar ainda mais criterioso para com os acadêmicos, visto que uma pesquisa do Ministério da Justiça determina que mais da metade da população universitária já fez uso de drogas ilícitas e que a mesma é a parte da população que mais consome drogas, principalmente na tentativa de superar o tédio e o sofrimento por vezes vivenciado na academia.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO

Em síntese, diante de toda abordagem trabalhada, é importante destacar que muitos são os trabalhos e pesquisas voltadas para as temáticas depressão e suicídio, principalmente para a estreita relação que elas apresentam, uma vez que muitos autores classificam o suicídio com um sintoma comum a depressão. Evidencia-se por tanto que para uma estimativa precisa do risco de suicídio é importante a realização mais aprofundada, de uma avaliação não só dos fatores de risco, mas principalmente dos fatores de proteção, de modo que a prevenção se dê a partir da potencialização dos fatores de proteção, e posteriormente redução dos fatores de risco.

Por muito tempo a faixa etária que engloba pessoas mais jovens foi negligenciada

quanto ao acompanhamento dos casos de depressão e suicídio, porem as últimas pesquisas e achados mostram que na verdade o jovem/ adulto jovem com idades de 17 a 23 são um potencial grupo de risco para esse sofrimento mental tão grave.

A importância do olhar voltado aos grupos de universitários se faz necessária quando observamos, surgir o relato do número de tentativas de suicídio e de acadêmicos que precisam de suporte emocional por vivenciarem transtornos depressivos. A literatura traz em muitos pontos e quase que em unanimidade, as relações familiares, as relações dentro da sociedade, a preocupação e medo do futuro, relações amorosas conflituosas, sexualidade, abuso de álcool e drogas como sendo alguns dos principais fatores para o surgimento desses transtornos.

Portanto se conhecemos os fatores estressores e de risco para o surgimento de transtornos de ansiedade, consequentemente a ideação suicida, podemos dessa maneira, elaborar planos de cuidados, para cada grupo em especial, sendo possível a criação de vínculo com as instituições de ensino, para que se alcance resultados rápidos e positivos no enfrentamento desse problema. Essa fase da vida não deveria se tornar uma fase tão angustiante. Se faz necessário olhar para o sujeito de forma singular e única e faze-lo se sentir acolhido, mostrando que existem possibilidades que podem ser adotadas no enfrentamento dessa angústia.

Cabe ainda alertar os responsáveis quanto as possíveis problemáticas que podem ser encontradas ao longo da vida acadêmica, fazendo com que eles acolham de forma diferenciada esse sujeito, pelos menos no início dessa transição e dessa série de mudanças que serão vivenciadas. Para que dessa maneira os planos de cuidado lidem com instancias maiores e com maior potencial de funcionalidade.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury José et al. Comportamento suicida: epidemiologia. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231. Acesso em: 12/03/2019

BAHLS C. S., BAHLS R. R. C. Depressão na adolescência, características clínicas. Interação em psicologia, 2002, 6 (1), p. 49-57.

CARNEIRO AM, BAPTISTA MN. Saúde geral e sintomas depressivos em universitários. Salud Soc. 2012; 3(2)166-68.

CREMASCO, G. S., BAPTISTA M., N. Depressão motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 8, n. 1, p. 22-37, jun. 2017

DE LIMA, Raymundo. Os suicídios e a universidade produtivista. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 13, n. 149, p. 78-86, 2013. Disponível em : http://ojs.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/22070/11718. Acesso em 05/03/19

DUTRA, Elza. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 3, p. 924-937, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n3/v12n3a13.pdf. Acesso em: 05/03/19

DIAS, Maria Luiza. **Suicídio:** testemunhos de adeus. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FÉLIX, Tamires Alexandre et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista contexto & saúde**, v. 16, n. 31, p. 173-185, 2016. Disponível em: https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079. Acesso em: 12/03/2019

GONÇALVES, Amadeu et al. Ideação suicida em estudantes do ensino superior politécnico: influência de algumas variáveis sociodemográficas, académicas e comportamentais. **Millenium**, v. 47, p. 191-203, 2014. Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2623. Acesso em: 05/03/19.

LOVISI, G. M., et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. 2009. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/53. Acesso em 05/03/19.

MESQUITA, A. M., et al. Depressão entre acadêmicos de um curso de área da saúde de uma Universidade em Mato Grosso. Journal Health NPEPS. 2016; 1(2):218-230

Organizacao Mundial de Saude [OMS]. (2012). Public health action for the prevention of suicide: A framework. Geneva: Author. Retrieved from. Disponível em : http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/. Acesso em: 12/03/19

SOBRINHO, A. T., CAMPOS R. C., Percepção de acontecimentos de vida negativo, depressão e risco de suicídio em adultos jovens. Análise Psicológica (2016), 1 (XXXIV): 47-59

VASCONCELOS-RAPOSO, José et al. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estudos de Psicologia**, v. 33, n. 2, p. 345-354, 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3953/395354131016.pdf. Acesso em: 12/03/2019

QUEVEDO J., NARDI A. E., SILVA A.G. Depressão, teoria e clínica. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR. Acesso em 12/03/2019

IRONS, C., Depressão: saiba como diferenciar a depressão clinica das tristezas do dia a dia. [tradutor] Bruno Muller. – 1. Ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr. Acesso em: 19/03/2019

CAPÍTULO 15

INTERFACE ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA À LUZ DE TEORIAS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 11/12/2020

Isabella Joyce Silva de Almeida
Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina- PE
Petrolina- Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/9456120828208810

Mayara Araújo Rocha
Universidade Estadual da Paraíba- UEPB
Campina Grande- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/5824756580847265

Rosilene Santos Baptista
Departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/9884386554804972

Francisco Stélio de Sousa
Departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/6010622299643929

Renata Ferreira de Araújo
Universidade Estadual da Paraíba- UEPB
Campina Grande- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/4917763114141661

Bruna de Souza Buarque
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/1563065890214280
Recife – Pernambuco

Jamilly da Silva Aragão Coura
Universidade Estadual da Paraíba
http://lattes.cnpq.br/4807867391155411
Campina Grande- Paraíba

Amanda Oliveira Bernardino Cavalcanti de Albuquerque
Universidade de Pernambuco
Recife – Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/9241647733529040

José Flávio de Lima Castro
Universidade Federal de Pernambuco e Universidade de Pernambuco
Limoeiro- Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/0821971269131031

Kydja Milene Souza Torres de Araújo
Universidade de Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/6025671064443624
Recife- Pernambuco

Marismar Fernandes do Nascimento
Universidade de Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/3236634120297145
Petrolina - Pernambuco

Alexsandro Silva Coura
Departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
http://lattes.cnpq.br/5597558131874152
Campina Grande- Paraíba

RESUMO: Objetivou-se analisar as produções científicas acerca da interface entre as políticas de saúde e as pessoas com deficiência à luz de teorias de enfermagem. Assim, elaborou-se uma revisão integrativa da literatura, realizada em

seis bases de dados. Utilizou-se os descritores “Pessoas com Deficiência” e “Política de Saúde”. Resultou-se na inclusão de treze estudos, dos quais emergiram duas categorias: “Da inefetividade das políticas de saúde à adaptação prejudicada” e “Da lacuna na abordagem multisetorial à transculturalidade da exclusão social”. Desvelou-se que as pessoas com deficiência enfrentam dificuldade de locomoção, bem como profissionais de saúde com lacunas de capacitação para o cuidado desse segmento social, prejudicando a adaptação do indivíduo. Além disso, encontram obstáculos atitudinais como o estigma social, a infantilização e o paternalismo, legitimando a transculturalidade da exclusão social. Os achados mostram que as políticas públicas em saúde não respondem às demandas do público em questão.
PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência; Política de saúde; Teoria de enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Revisão Sistemática.

INTERFACE BETWEEN PUBLIC HEALTH POLICIES ANS PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE LIGHT OF NURSING THEORIES

ABSTRACT: The objective was to analyze scientific productions about the interface between health policies and people with disabilities in the light of nursing theories. Thus, an integrative literature review was carried out, carried out in six databases. The descriptors “People with Disabilities” and “Health Policy” were used. It resulted in the inclusion of thirteen studies, from which two categories emerged: “From the ineffectiveness of health policies to impaired adaptation” and “From the gap in the multisectoral approach to the transculturality of social exclusion”. It was revealed that people with disabilities face mobility difficulties, as well as health professionals with training gaps in the care of this social segment, impairing the individual’s adaptation. In addition, they encounter attitudinal obstacles such as social stigma, infantilization and paternalism, legitimizing the transculturality of social exclusion. The findings show that public health policies do not respond to the demands of the public in question.
KEYWORDS: Disabled Persons; Health policy; Nursing theory; Nursing research; Systematic review.

1 I INTRODUÇÃO

O termo deficiência designa qualquer tipo de perda ou anormalidade que cause limitação nas funções físicas, intelectuais ou sensoriais de um indivíduo (FERREIRA, 2019). Em todo o mundo, há 650 milhões de pessoas vivendo com algum tipo de deficiência, cerca de 10% da população mundial (UNIRIC, 2019).

Contudo, essas limitações não restringem os direitos das pessoas que têm algum tipo de deficiência. Segundo o decreto 3.298/99, que regulamente a lei 7.853/89 que dispõem sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, esses sujeitos possuem pleno exercício dos direitos individuais e sociais, que incluem o direito à educação, à saúde, ao transporte, ao desporto, ao turismo, ao lazer, ao trabalho, à previdência social, à assistência social e à cultura (BRASIL, 1999).

Em 2006, a Organização das Nações Unidas (ONU), realizou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que corroborou com as ideias centrais do decreto

3.298/99 que visam efetivar os direitos de pessoas com deficiência sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades (BRASIL, 2009).

Por meio das Conferências Nacionais sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, realizadas nos anos de 2006, 2008 e 2012, quatro eixos temáticos orientaram as discussões: (1) educação, esporte, trabalho e reabilitação profissional; (2) acessibilidade, comunicação, transporte e moradia; (3) saúde, prevenção, reabilitação, órteses e próteses; e (4) segurança, acesso à justiça, padrão de vida e proteção social (BRASIL, 2009).

No tocante à área da saúde, na última conferência, foram aprovadas 91 propostas, que incluem aspectos como: aperfeiçoamento dos sistemas de acesso a serviços, medicamentos e tecnologias de saúde; capacitação de profissionais para atendimento multiprofissional e humanizado; implantação de centros de referência destinados à população com deficiência; cumprimento de estratégias de promoção, prevenção e monitorização; ampliação, fomento e divulgação de pesquisas científicas relacionadas ao tema (BRASIL, 2011).

Por conseguinte, compreender como dá-se o campo de interação dentre essas políticas e as pessoas com deficiência torna-se necessário, considerando os eminentes esforços para responder as demandas das pessoas com deficiência. Contudo, a amplitude e complexidade do assunto aponta a necessidade de um aporte teórico para auxiliar no processo de compreensão e, sobretudo, enfrentamento das demandas que emergem.

Nesse sentido, as teorias de enfermagem propõem-se explicar e elucidar múltiplos fenômenos, além de instrumentalizar o enfermeiro em sua atuação prática. As mesmas estruturam-se, de maneira geral, em quatro pilares centrais, que são: ser humano, saúde, meio ambiente (físico, social e simbólico) e enfermagem (BRANDÃO et al., 2019).

Essas peculiaridades permitem que as teorias de enfermagem sejam utilizadas como método facilitador no que tange a interpretação dos dados que emergem a partir das observações feitas. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar as produções científicas acerca da interface entre as políticas de saúde e as pessoas com deficiência à luz de teorias de enfermagem.

2 | MÉTODO

Estudo do tipo revisão integrativa da literatura, o qual seguiu as recomendações da declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviewsand Meta-Analyses* (PRISMA) (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

Para esta revisão, a seguinte pergunta foi elaborada: “Qual a interface entre as políticas públicas de saúde e as pessoas com deficiência?”. Não foi estipulado corte temporal quanto a busca, que elencou os seguintes descritores: “Política de Saúde” e “Pessoas com deficiência” nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, todos padronizados pelo *Medical Subject Heading* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: estudos que respondessem a pergunta norteadora; nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos resumos de pesquisa, capítulos de livros, teses, dissertações, editoriais e notícias de jornais.

Foi realizada a busca por dois revisores independentes, entre os meses de agosto a dezembro de 2019. As bases de dados selecionadas foram, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Cumulativo Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Base de dados da Fundación Index – España (CUIDEN), além da biblioteca virtual de busca Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e SCOPUS. Em cada base de dados e biblioteca virtual de busca, foram realizados os cruzamentos aos pares dos descritores utilizando o operador booleano *AND*.

Para classificação do nível de evidência dos artigos selecionados, foi utilizado o seguinte parâmetro, estruturado em seis categorias: 1) Evidência a partir de revisão sistemática ou meta-análise de todos ensaios clínicos randomizados relevantes; 2) Evidência a partir de ensaios clínicos randomizados bem desenhados; 3) Evidência a partir de ensaios clínicos não randomizados bem desenhados; 4) Evidência a partir de estudos de coorte e caso-controle bem desenhados; 5) Evidência a partir de revisões sistêmicas de estudos descritivos e qualitativos; 6) Evidência a partir de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês experientes (MELNYK, 2011).

Os títulos e resumos de todos os artigos resultantes dos cruzamentos foram lidos e avaliados quanto a sua possibilidade de responder a pergunta norteadora. Após esse processo, os estudos selecionados foram lidos na íntegra. É pertinente salientar que os artigos em duplicidade foram inseridos apenas uma vez, sendo escolhida a base que deteve o maior número de artigos nos cruzamentos.

A extração dos dados deu-se por meio da utilização de dois instrumentos. O primeiro formulário foi utilizado tendo em vista a sumarização das informações como título, ano, tipo de estudo, dentre outras informações referentes ao estudo, de forma ordenada (URSI; GAVÃO, 2006)

A partir destes, a análise e discussão dos dados deu-se juntamente com a leitura minuciosa do conteúdo dos artigos na íntegra à luz de teorias de enfermagem, mais precisamente Teoria Transcultural e Teoria da Adaptação, das enfermeiras Madeleine Leininger e Callista Roy, respectivamente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados um total de 846 artigos, sendo incluídos neste estudo 13. O processo de seleção está descrito no fluxograma criado segundo o PRISMA.
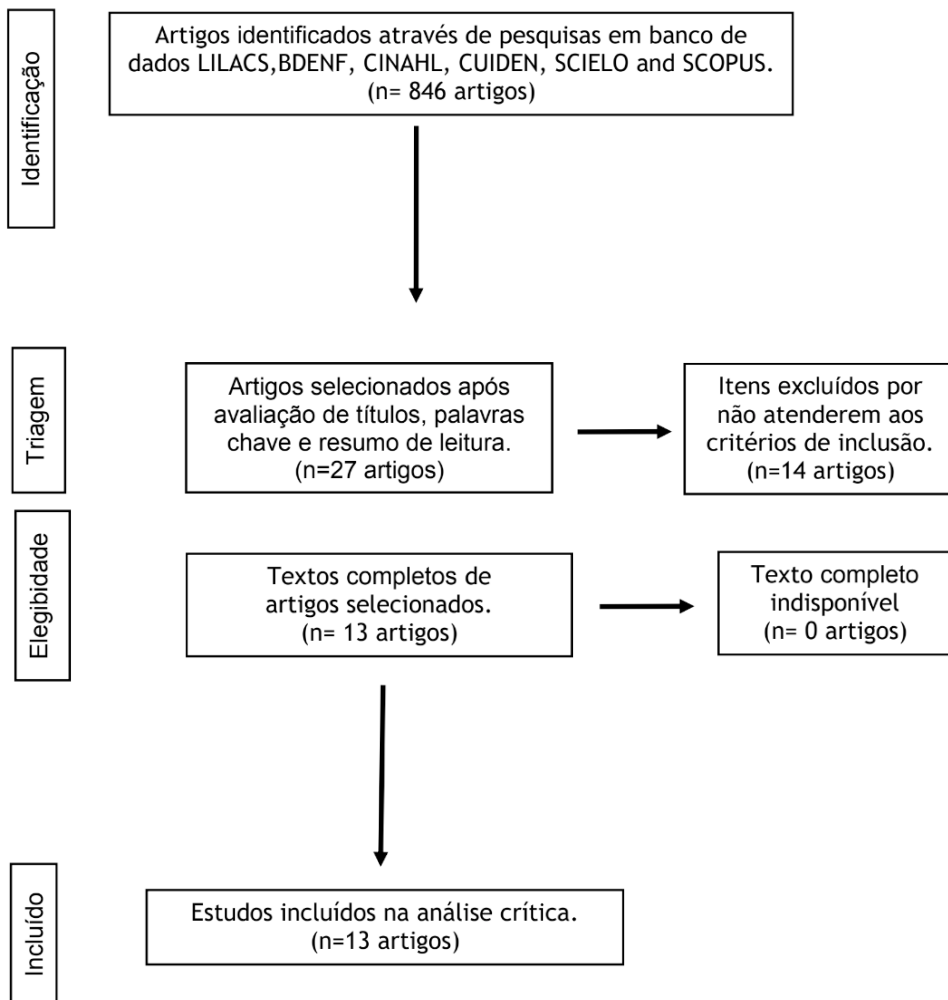
Figura 1 – Fluxograma da representação esquemática dos métodos de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão de artigos na revisão, seguindo o método PRISMA.[7]

No Quadro 1, há a síntese dos principais dados extraídos dos artigos selecionados nas bases de dados.

Identificação do estudo	Primeiro autor, ano	Local	Tipo de estudo	Nível de evidência	Categoria
1	Fraga, 2009	Brasil	Reflexivo	6	1
2	Baptista, 2009	Brasil	Reflexivo	6	1
3	Bernardes, 2009	Brasil	Reflexivo	6	2
4	França, 2008	Brasil	Revisão bibliográfica	5	1
5	Silva, 2012	Brasil	Revisão sistemática	5	2
6	Santos, 2013	Brasil	Descritivo-reflexivo	5	1
7	Vasconcelos, 2006	Brasil	Exploratório-Descritivo	5	2
8	França, 2010	Brasil	Revisão Sistemática	5	2
9	Hussey, 2017	África do Sul	Qualitativo-exploratório	5	2
10	Layton, 2015	Austrália	Quanti-qualitativo	5	2
11	Paudel, 2016	Nepal	Reflexivo	6	2
12	Iene, 2014	China	Quantitativo-transversal	5	1
13	Sherlaw, 2014	Reino Unido	Reflexivo	6	1

1 = Da inefetividade das políticas de saúde à adaptação prejudicada; 2 = Da lacuna na abordagem multisetorial à transculturalidade da exclusão social.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão, 2019.

Após leitura minuciosa e análise dos artigos, emergiram-se duas categorias: Categoria 1 - Da inefetividade das políticas de saúde à adaptação prejudicada, sendo os artigos identificados: 1,2,4,6,12,13 e Categoria 2 - Da lacuna na abordagem multisetorial à transculturalidade da exclusão social, são: 3,5,7,8,10,11 de acordo com a identificação no quadro 1.

Na reflexão acerca da categoria 1 "Da inefetividade das políticas de saúde à adaptação prejudicada" a discussão desvela-se quando considera-se que para o enfrentamento da condição crônica o indivíduo necessita de uma política efetiva, que tenha estrutura interligada a uma rede de serviços de saúde que contemplem a integralidade das necessidades do sujeito, que vá além de procedimentos assistencialistas e incluam a reabilitação e reinserção equânime na sociedade (BAPTISTA; PAGLIUCA, 2009; FRAGA; SOUSA, 2009; FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008; SHERLAW et al., 2014; SANTOS et al., 2003; YEN et al., 2003;).

Para tanto, alguns elementos precisam ser elencados, a começar pelo acesso, que é um dos maiores impasses dentro das políticas de saúde voltadas à pessoa com deficiência. O indivíduo enfrenta dificuldade de locomoção desde a saída de sua residência, ao transitar em vias públicas não planejadas para aqueles que possuem limitações físicas,

às estruturas físicas dos serviços em saúde, considerando que os projetos arquitetônicos não se adequam, por exemplo, para passagem de uma cadeira de rodas (BRASIL, 1994; SHERLAW et al., 2014; VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006).

Essa realidade é preocupante, pois segundo o Centro de Informações das Nações Unidas, cerca de 10% da população mundial apresentam alguma deficiência, no entanto a maioria dos espaços não oferecem condições para a mobilidade dos mesmos. Em muitos estabelecimentos de saúde, essa realidade fere a NBR 9050/04, respaldada pela portaria 1884/GM de 1995 do Ministério da Saúde, que determina as medidas padrões para largura das portas de quartos, enfermarias, as respectivas adequações das instalações dos banheiros, materiais e equipamentos (BRASIL, 1994; WITKO et al., 2017).

Além disso, outra dificuldade que é indicada, mediante a análise dos artigos selecionados, foi a falta de capacitação dos profissionais de saúde no trato de pessoas com deficiência. Isso é exemplificado quando na recepção de uma pessoa com deficiência auditiva, há ausência de um profissional habilitado em libras, no manejo inadequado frente as demandas em saúde que possuem suas peculiaridades ou quando desconsidera-se a necessidade de um deficiente visual ter acompanhante. Dessensibilizados e descapacitados, o trato para com esse segmento social fica em uma linha tênue entre a parcial ou total inviabilidade (PAUDEL et al., 2016).

Portanto, muitos estudos concluem que apesar de haver as políticas de saúde voltadas as pessoas com deficiência, com inciativas no Brasil desde a Constituição Federal de 1988, na prática a efetividade dos serviços prestados é, por diversas vezes, insatisfatória, realidade também encontrada em Taiwan e, atualmente, após a reforma neoliberal, na Grécia e no Chile.[11,12,15,16,22,23]

Vale destacar que, alguns países como China, Alemanha e Taiwan, utilizam planos de saúde de longo prazo, devido as demandas que a pessoa com deficiência possa necessitar, contudo os estudos apontam a incompletude da assistência por meio desse sistema, ao público em questão (YEN et al., 2014).

Essa realidade flagela o processo de enfrentamento dos indivíduos, que perpassa pela adaptação a sua situação em saúde. A enfermagem traz, no tocante a essa temática, uma teoria da enfermeira Callista Roy, intitulada de Teoria da Adaptação. Nela há quatro elementos essenciais, sendo eles: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2015; ROY, 2000).

Se atentando aos constructos ambiente e saúde, observa-se que quando o ambiente, definido pela teorista como todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento do indivíduo, não propiciam o enfrentamento, sua adaptação é prejudicada. Logo, a saúde, que traz um estado capaz de preencher todas as metas de sobrevivência, traduzida por um estado de plenitude biopsicossocial, não é alcançada (; CARVALHO et al., 2018; MCEWEN; WILLS, 2015).

Portanto, para efetivação dessas políticas, pesquisas sugerem que seria

interessante a participação de pessoas com deficiência na formulação, implementação e fiscalização de medidas políticas. Porém, considera-se que as limitações e dificuldades inerentes a esses indivíduos, tornam-se barreiras para vivência dessa sugestão (HUSSEY; MACLACHLAN; MJI, 2017; WACKER, 2016; REF 30; YEN et al., 2014).

No que tange a categoria 2 "Da lacuna na abordagem multisetorial à transculturalidade da exclusão social", elementos como o paternalismo, infantilização, identificados desde o âmbito familiar ao trato dos profissionais em saúde, e a eminente dificuldade da maioria da população em lidar com o diferente são elencados como obstáculos atitudinais para a inclusão social das pessoas com deficiência (BERNADES et al, 2013; FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008; VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006; FRANÇA et al., 2010; HUSSEY; MACLACHLAN; MJI, 2017 HUSSEY; MACLACHLAN; MJI, 2017; LAYTON; STEEL, 2015; PAUDEL et al., 2016).

Esse proceder gera o chamado estigma internalizado, que é quando ele toma consciência, concorda e incute o estigma que lhe é atribuído. Com isso, repercussões como baixa autoestima, culpabilização, isolamento e sentimento de autorreprovação permeiam o psicológico desse indivíduo, dificultando ainda mais seu enfrentamento e legitimando o reflexo negativo que o estigma social produz no universo da pessoa com deficiência (NASCIMENTO; LEÃO, 2019).

Essa realidade é resultado da cultura, emaranhada na população, que norteia as atitudes e enfrentamento dos sujeitos nela inseridos. Para explicar tal fenômeno, a enfermeira Madeleine Leininger traz a teoria amplamente conhecida como Transcultural. Segundo o constructo teórico, a cultura são os valores, crenças e modos de vida que orientam os padrões comportamentais de determinado povo. Desta forma, por meio de uma construção social, as pessoas possuem uma tendência a não aceitar e/ou lidar bem com aquilo que se distingue dos padrões impostos pela maioria (LEININGER, 2002).

Por meio dos trabalhos de Leininger, pormenores antes marginalizados dentro do processo do cuidar de enfermagem passaram a ser considerados, sobretudo após a construção do modelo intitulado por ela de *Sunrise*. Estratificado em quatro níveis, o modelo pode ser visto como mapa cognitivo, que direciona as observações do profissional, viabilizando o cuidado cultural e fomentando o que se chama de competência cultural (LEININGER, 2002).

Competência cultural é definida como a capacidade de compreender as peculiaridades culturais que envolve cada indivíduo e, desta forma, prestar cuidado acertado. Logo, o profissional de saúde necessita construir essa competência, tendo em vista um cuidado holístico (CAMARGO et al., 2014).

Contudo, essa abordagem holística, necessária dentro do trato com a pessoa com deficiência, considerando os diversos pormenores que flagela e estigmatiza essa população, é confrontada pelo mecanicismo biomédico. Isso porque mesmo o holismo participando historicamente do processo do cuidar, desde da pré-história com os processos

de cuidado associados à existência de forças espirituais; na idade média com os primórdios de associação entre o estado de saúde e os fenômenos naturais que cercam o ser humano, à luz da medicina hipocrática; e na idade média com a fé sendo incluída dentro da perspectiva dos processos saúde-doença; foi abruptamente excluído dentro do processo do cuidado, com a ascensão do modelo biomédico, que reduziu a visão do ser humano à uma máquina (CAPRA, 1982).

Assim, as pessoas com deficiência enfrentam além das limitações inerentes da sua condição de saúde, estigma perante a sociedade e dificuldade no acesso equânime aos serviços de saúde. Por isso, é necessário compreender que para atingir a integralidade da saúde, postulada no arcabouço do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde precisam primar por efetividade da abordagem multisetorial, alcançando os âmbitos da saúde, educação, trabalho, urbanização dentre outros setores que propiciam uma realidade de cuidados em saúde além da assistencialista, mas que alcance a reabilitação e a inclusão social efetiva (FRANÇA et al., 2010; VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006).

Todavia, o estudo possui limitações, que se refere ao fato da discussão debruçar-se em postulados teóricos exclusivamente da enfermagem, restringindo o diálogo dos achados com teorias de demais ciências, o que poderia viabilizar uma abordagem holística, que promovesse o entendimento integral do contexto da pessoa com deficiência.

Logo, compreende-se que a atenção para os aspectos políticos da saúde, voltados à pessoa com deficiência, é um apelo que alcança níveis globais, desde a convenção promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Genebra, onde destacou-se que muitas demandas desses públicos não são atendidas, impedindo o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento sustentável propostos pelas Nações Unidas e que esse sujeito que tem seus direitos legítimos, receba a assistência necessária.

4 I CONCLUSÃO

Concluiu-se que as políticas de saúde possuem postulados de promoção e proteção às pessoas com deficiência, mas que a efetividade e a abordagem multisetorial não são plenas, contribuindo para a adaptação prejudicada e a transculturalidade da exclusão social desse segmento social.

Tal fato é evidenciado em diversos países, incluindo o Brasil, onde observa-se que um dos principais problemas se dá na dificuldade de locomoção até as instituições de saúde e, de igual forma, a mobilidade desse público dentro das estruturas arquitetônicas dos estabelecimentos. Além disso, o despreparo dos profissionais de saúde no trato para com esse público. Ademais, o estigma social é também outro fator que impede que a saúde, na perspectiva da integralidade, aconteça frente ao contexto das pessoas com deficiência. Desta forma desvela-se que as políticas públicas ainda não respondem com totalidade às demandas do público em questão.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Rosilene Santos; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Pessoa com deficiência numa perspectiva evolucionária: análise de conceito. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2511/551. Acesso em: 10 fev. 2020.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 31-38, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n1/31-38/pt/. Acesso em: 03 dez. 2020.

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes et al. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 577-581, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0577.pdf . Acesso em: 03 dez. 2020

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** 1999.

BRASIL, Constituição. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Brasília,1994.

CAMARGO, Fátima Cristina Mattara et al. A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde do Brasil (1992–2011). **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 4, p. 1743-1755, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770039.pdf. Acesso em: 03 dez. 2020.

CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: 1982.

CARVALHO, Aline Maria Furtado de et al. O suporte social como estratégia de enfrentamento de pessoas com deficiência frente a situações de violência. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 991-997, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6295. Acesso em: 03 dez. 2020.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 8. ed. São Paulo: Editora Positivo, 2019.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUSA, Antonia Félix de. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social. **Rev. eletrônica enferm**, 2009. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-550947. Acesso em: 03 dez. 2020.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; BAPTISTA, Rosilene Santos. Política de inclusión del portador de deficiencia: posibilidades y límites. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 112-116, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100018&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 03 dez. 2020.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de et al. Aplicação da bioética principialista às políticas públicas para pessoas com deficiência: revisão sistemática. **Online braz. j. nurs.(Online)**, 2010. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2893/653. Acesso em: 03 dez. 2020.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n2/335-342/pt/. Acesso em: 03 dez. 2020.

HUSSEY, Meghan; MACLACHLAN, Malcolm; MJI, Gubela. Barriers to the implementation of the health and rehabilitation articles of the United Nations convention on the rights of persons with disabilities in South Africa. **International journal of health policy and management**, v. 6, n. 4, p. 207, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5384983/. Acesso em: 03 dez. 2020.

LAYTON, Natasha A.; STEEL, Emily J. “An environment built to include rather than exclude me”: creating inclusive environments for human well-being. **International journal of environmental research and public health**, v. 12, n. 9, p. 11146-11162, 2015. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/12/9/11146/htm. Acesso em: 03 dez. 2020.

LEININGER, Madeleine M.; MCFARLAND, Marilyn R.; MCFARLANE, Marilyn. **Transcultural nursing:** concepts, theories,research e practice. New York, 2002.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. Artmed Editora, 2015.

MELNYK, BM. **Evidence-basedpractice in nursing e healthcare: a guidetobestpractice.** 2ªEd. Philadelphia: WoltersKlluwer Health, 2011.

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 103-121, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702019000100103&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 dez. 2020.

PAUDEL, Yuba Raj et al. Addressing the needs of people with disability in Nepal: The urgent need. **Disability and health journal**, v. 9, n. 2, p. 186-188, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657416000066. Acesso em: 03 dez. 2020.

ROY, C. **Teoria de Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy**. Brasil: Piaget, 2000.

SANTOS, Livia Fajin de Mello dos et al. Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4775-4781, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11731/13967. Acesso em: 03 dez. 2020.

SHERLAW, William et al. Disabled people, inclusion and policy: better outcomes through a public health approach?. **Disability & Society**, v. 29, n. 3, p. 444-459, 2014. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599.2013.816628. Acesso em: 03 dez. 2020.

SILVA, Roberta de Araújo et al. Políticas públicas para la inclusión social en la discapacidad-revisión sistemática. **Avances en Enfermería**, v. 30, n. 2, p. 13-24, 2012. Disponível em: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36023/39703. Acesso em: 03 dez. 2020.

UNRIC, United Nations Regional Information Centre for Western Europe. Alguns Factos e Números sobre as Pessoas com Deficiência, 2019. Disponível em: https://archive.unric.org/pt/actualidade/5456. Acesso em: 03 dez.2020

URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692006000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 dez. 2020.

VASCONCELOS, Luciana Rodrigues; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 494-500, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000300019&script=sci_arttext. Acesso em: 03 dez. 2020.

TOMAZ, Rodrigo Victor Viana et al . Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 155-172, 2016. Acesso em: 04 de dezembro de 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.19402014.

WITKO, Joanne et al. Deaf New Zealand sign language users' access to healthcare. **NZ Med J**, v. 130, p. 53-61, 2017. Disponível em: nzma.org.nz/journal-articles/deaf-new-zealand-sign-language-users-access-to-healthcare. Acesso em: 03 dez. 2020.

YEN, Chia-Feng et al. Does the planned long-term care policy in Taiwan meet the needs of people with disabilities?. **Health policy**, v. 116, n. 1, p. 95-104, 2014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851014000220. Acesso em: 03 dez. 2020.

CAPÍTULO 16

O DESAFIO DE DIZER "NÃO"

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 06/11/2020

Melice Gois de Oliveira
Universidade Federal do Paraná
Curitiba – Paraná
http://lattes.cnpq.br/3074107783683072

Alessandra Sant'Anna Bianchi
Universidade Federal do Paraná
Curitiba – Paraná
http://lattes.cnpq.br/3828569073175446

RESUMO: O Brasil ocupa a quinta posição no ranking mundial em número de mortos no trânsito. O consumo de bebidas alcóolicas antes de conduzir é um dos principais fatores de acidente. Este estudo foi realizado com o objetivo de saber os motivos pelos quais os jovens não conseguem recusar caronas com motoristas alcoolizados. A amostra é composta por 248 estudantes do ensino superior, de ambos os sexos (26,7% homens) e com média de idade de 20,46 anos (desvio padrão=3,7). Não souberam dizer o limite de álcool no sangue permitido no Brasil para conduzir 70,9% e dos que afirmaram saber, apenas 44% acertaram. Sobre se importar em aceitar caronas com motoristas alcoolizados, somente 2,8% não se importam com esse tipo de carona, 41,1% se importam, mas aceitam e 56% não aceitam. No entanto, 44,2% afirmam serem passageiros de motoristas alcoolizados às vezes, frequentemente ou sempre. Em relação a quem foi o último motorista alcoolizado do qual aceitou carona, é notável a maior frequência dos amigos (27,9%), pais (13,4%) ou outro familiar (diferente de pai ou mãe) (12,1%). Entre os motivos para aceitar carona "Falta de opção" apresentou as maiores médias, isso indica que não poder se oferecer para dirigir, pois não possui CNH, e/ou não ter outra pessoa que não tenha ingerido bebida alcoólica que lhe ofereça carona foram decisivas no momento da tomada de decisão. Os resultados indicam a necessidade de desenvolver políticas de conscientização do risco de ser carona de um motorista sob efeito de álcool e implantar medidas preventivas para evitar esse tipo de comportamento, por exemplo, mais táxis, horários e pontos de transporte público diferenciados nos horários noturnos e vans oferecidas pelos próprios eventos para voltar de festas e comemorações.

PALAVRAS-CHAVE: Carona, acidente e motoristas alcoolizados.

THE CHALLENGE OF SAYING "NO"

ABSTRACT: Brazil occupies the fifth position in the world ranking in number of traffic deaths. The consumption of alcoholic beverages before driving is one of the main factors of accidents. This study was carried out with the objective of knowing the reasons that lead young people not to refuse rides with drunk drivers. The sample consists of 248 higher education students, of both sexes (26.7% men) and with a mean age of 20.46 years (standard deviation = 3.7). Did not know how to limit the blood alcohol allowed in Brazil to drive 70.9% and of those who claimed to know, only 44% got it right. Regarding the

inconvenience of accepting rides with drunk drivers, only 2.8% do not care about this type of ride, 41.1% yes, but they do and 56% do not. However, 44.2% claim to be passengers of drunk drivers sometimes, frequently or always. Regarding who was the last drunk driver who accepted a ride, it is notable the greater frequency of friends (27.9%), parents (13.4%) or another family member (different from the father or mother) (12 ,1%). Among the reasons for accepting a ride, the "Lack of option" presented the highest averages, this indicates that he cannot offer to drive, because he does not have CNH, and / or does not have another person who has not had alcoholic drink that offers him a ride, were decisive when making a decision. The results indicate the need to develop policies to raise awareness of the risk of hitchhiking by an drunk driver and to implement preventive measures to avoid this type of behavior, for example more taxis, timetables and different public transport points at night and vans offered by the events themselves for returning parties and celebrations.
KEYWORDS: Ride, accident and drunk drivers.

1 I INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito ocupam a nona posição de causa de mortes no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2009). Na faixa etária entre 15 a 29 anos eles ocupam a primeira posição como responsável, ficando em segunda entre de 5 a 14 anos e em terceira entre 30 a 44 anos. Atualmente, esses acidentes geram um custo de US$ 518 bilhões por ano, ou um percentual entre 1% e 3% do produto interno bruto de cada país. O Brasil ocupa a quinta posição no *ranking* dos países com o maior número de vítimas no trânsito, seguido por Irã, México, Indonésia, África do Sul e Egito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2009). Os países de baixa e média renda, abrangem apenas 54% dos veículos do mundo e possuem taxas duas vezes superiores às dos países de alta renda em relação a mortes por lesões de acidente de trânsito, sendo responsáveis por 90% dessas em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2015)**.** Em geral, os ocupantes de veículos são as principais vítimas (31%), seguidos por motociclistas (23%), pedestres (22%) e ciclistas (4%) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2015).

Em estudo realizado por Waiselfisz (2013) nas capitais brasileiras, foi comprovado um rápido crescimento de óbitos por acidente de trânsito na década de 2001 a 2011, apresentando um aumento de 41,7%. O Nordeste ficou em primeiro lugar com o aumento de 83,4% e o Norte em segundo lugar com 78,7%. Entre as capitais brasileiras, Curitiba ocupa a 19ª posição em número de óbitos por 100 mil habitantes em acidentes de trânsito (WAISELFISZ, 2013).

Um dos fatores responsável por tantos acidentes, é o uso abusivo da bebida alcoólica (DUAILBI & LARANJEIRA, 2007). Diversos estudos apontam que motoristas consomem bebidas alcoólicas antes de dirigir (CHAN, WU & HUNG, 2010; COLICCHIO & PASSOS, 2010; CUFFA, 2012; SCOTT-PARKER, WATSON, KING & HYDE, 2014). Estudos indicam

que há uma forte associação entre o uso de álcool e drogas antes de dirigir e envolvimento em acidentes de trânsito (ABREU, LIMA & GRIEP, 2009; DJERDE, CHRISTOPHERSEN, NORMANN & RIPEL, 2013; DUBOIS, MULLEN, WEAVER & BE´DARD, 2015). Apenas 34 países, o que representa 2,1 bilhões de pessoas, têm leis sobre a condução sob o efeito do álcool (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2015). No Brasil, foi criada a Lei 11.705 (conhecida como “Lei Seca”), que proíbe motoristas de consumirem bebidas alcoólicas antes de dirigir (Brasil, 2008), visando contribuir na redução da frequência de acidentes (MALTA, SILVA, LIMA, FILHO, MONTENEGRO, MASCERENHAS, NETO, TEMPORÃO & PENNA, 2010).

O comportamento de risco de dirigir após consumir bebida alcoólica não limita a preocupação somente ao motorista. Por consequência, acaba expondo a vida de outras pessoas a risco, é o caso dos passageiros, também conhecidos como caronas (SCHLOTTHAUER, GUSE, BRIXEY, CORDEN, HARGARTEN & LAYDE, 2011). “Carona” é um termo utilizado para descrever o ato ser transportado em veículo automotor gratuitamente (XIMENES, 2000).

Visando obter um maior conhecimento sobre os motivos que levam um sujeito a não conseguir recusar ser passageiro de um automóvel conduzido por um indivíduo que fez o uso de bebidas alcoólicas, estudantes de ensino superior foram convidados a responder um questionário que tem por objetivo saber a conduta deles quanto a recusar caronas de motoristas alcoolizados.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

Os números anteriores demonstram como os acidentes de trânsito, devidos ao comportamento humano, principalmente o ato de consumir bebida alcoólica antes de dirigir, estão levando a óbito e afetando um número alto de indivíduos. Os homens representam a maioria das vítimas, fatais ou não, em diversos estudos (ABREU, LIMA & GRIEP, 2009; CARLESSO, SOUZA & MORAES, 2014; GAZAL-CARVALHO, MAISTROS, SCHNEIDER & SAVOLINEN, 2014; MALTA, BERNAL, MARCARESHAS, SILVA, SZWARCWALD & NETO, 2015; PINA-TORNÉS, GONZÁLEZ-LONGORIA, GONZÁLEZ-PARDO, ACOSTA-GONZALÉS, VINTIMILL-BURGOS & PASPUEL-YAR, 2014 & VELÁSQUEZ, GRISALES, GONZÁLES & NARANJO, 2015).

Um dos fatores responsável por tantos acidentes, é o uso abusivo da bebida alcoólica (DUAILBI & LARANJEIRA, 2007). Em pesquisa, Cuffa (2012) verificou que em uma amostra de 386 universitários de Curitiba, aproximadamente 53% se enquadravam no padrão *binge* (consumiam mais que 4 doses por ocasião). Em relação a frequência em que os estudantes consumiam bebida alcoólica, 1,8% consumiam 4 vezes ou mais por semana, 23,3% 2 a 3 vezes por semana, 42,7% 2 a 4 vezes por mês e 32,2% 1 ou menos vezes por mês. O local mais frequentado por eles para o consumo de bebidas alcoólicas são eventos

nas casas de amigos (24,0%) como bares/pub (23,5%), balada (18,7%) (CUFFA, 2012).

Laranjeira, Pinsky e Zaleski (2007) relatam que o consumo de bebida alcoólica tem sido notado cada vez mais precoce entre os adolescentes. O início do consumo da bebida alcoólica (não considerando o ato de experimentar um ou dois goles), é em média, aos 13,9 anos e o consumo regular da mesma, em média aos 14,6 anos para jovens entre 14 e 17 anos (LARANJEIRA ET AL, 2007). Segundo Alavarse e Carvalho (2006), em sua pesquisa com estudantes dos 13 a 19 anos, 82,3% já haviam consumido bebida alcoólica e 66,39% afirmaram terem iniciado o uso da bebida alcoólica entre os 8 e 14 anos. Similares resultados obtiveram Granville-Garcia, Clementino, Gomes, Firmino, Ribeiro e Siqueira (2014), que observaram que 42,8% de sua amostra haviam experimentado o álcool na faixa etária de 11 a 14 anos.

Diversos estudos apontam que motoristas consomem bebidas alcoólicas antes de dirigir (CHAN ET AL., 2010; COLICCHIO & PASSOS, 2010; CUFFA, 2012 & SCOTT-PARKER ET AL., 2014). Chan et al., (2010) em pesquisa realizada na China, observaram que em uma amostra de 124 indivíduos, 39% haviam dirigido após o consumo de bebida alcoólica, 28% afirmaram que no futuro iriam dirigir após beber, 36% defenderam que não deve haver o consumo de nenhuma bebida alcóolica antes de dirigir, 50% pensavam que seria tolerável dirigir após o consumo de uma ou duas bebidas e 14% acreditavam que seria aceitável dirigir após começar a sentir os efeitos da bebida, mas não ao ponto de embriaguez (CHAN ET AL., 2010).

Estudos indicam que há uma forte associação entre o uso de álcool e drogas antes de dirigir e envolvimento em acidentes de trânsito (ABREU ET AL., 2009; COLICCHIO & PASSOS, 2010; DJERDE ET AL., 2013; DUBOIS ET AL, 2015). Vítimas não fatais desses acidentes, possuem resultado positivo no exame de alcoolemia (AKGUR, ERTAS, ALTINTOPRAK, OZKAN & KITAPCIOGLU, 2011).

Em diversos estudos, o exame de alcoolemia para vítimas de acidentes de trânsito que foram a óbito, foi positivo (ABREU ET AL., 2009; BOGSTRAND, LARSSON, HOLTAN, STAFF, VINDENES & GJERDE, 2015; GAZAL-CARVALHO ET AL., 2002; HUANG E LAI, 2011 & LEGRAND, GJERDE, ISALBERTI, VAN DER LINDEN, LILLSUNDE, DIAS, GUSTAFSSON, CEDER & VERSTRAETE, 2014). Segundo Abreu et al., (2009), 42,5% de sua a amostra tiveram índice de alcoolemia positiva, aproximadamente 70% de sua amostra foi a óbito em vias públicas e 16,2% no hospital.

Conforme o estudo, as idades das vítimas de acidente de trânsito fatais ou não variaram de 15 a 92 anos (CHAN ET AL., 2010; GAZAL-CARVALHO ET AL., 2002 & PINA-TORNÉS ET AL., 2014). Gazal-Carvalho et al., (2002) realizaram um estudo no município de São Paulo, totalizando 464 indivíduos com idades de 15 a 92 anos. Entre esses, 47,2% eram vítimas de acidentes de trânsito. O exame de alcoolemia foi positivo para 28,9% destes, dos quais 37,6% pertenciam a faixa etária 25 a 44 anos.

O comportamento de dirigir sob efeito do álcool coloca também a vida de outras

pessoas em perigo, é o caso dos passageiros, também conhecidos como caronas (SCHLOTTHAUER, GUSE, BRIXEY, CORDEN, HARGARTEN & LAYDE, 2011). Em um estudo no Brasil, sobre por que os jovens entravam em carros com motoristas alcoolizados, foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas e dois grupos focais com jovens de 16 a 30 anos (BIANCHI, TORQUATO, CUFFA, MIYASHITA, ROSSETI, FRANCO, 2010). Os resultados mostraram que os jovens sabem das consequências tanto de beber e dirigir quanto de entrar em carros com motoristas alcoolizados, mas sempre acham que estão livres de tais fatalidades. As propostas de voltar de táxi, voltar caminhando, voltar de ônibus não eram convidativas. Aceitavam caronas por questão de comodidade, para não negar uma carona já combinada e não poder dirigir o carro do colega por não possuir CNH, entre outros (BIANCHI ET AL., 2010).

Vieira, Ribeiro, Romano e Laranjeira (2007) em um estudo com 1.990 pessoas de 11 a 21 anos, observaram que nos últimos 12 meses, 32% de sua amostra, afirmaram que aceitaram caronas com motoristas que haviam ingerido pelo menos uma dose de álcool e 16,6% foram caronas de motoristas alcoolizados o suficiente para não dirigir com segurança. Considerando toda a amostra, inclusive os que não haviam consumido álcool na vida, um total de 55% afirmaram conhecer alguém que havia sido vítima de acidente de trânsito por motorista alcoolizado (VIEIRA ET AL., 2007).

Abe (2013) realizou um estudo visando compreender os motivos que levam os jovens a serem passageiros de motoristas alcoolizados. Contou com 264 jovens estudantes de ensino superior de Curitiba, de 18 a 30 anos e de ambos os sexos. A amostra foi composta por indivíduos que são transportados como caronas, desses, 68,9% não possuíam Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Do total dos participantes, 63,4% afirmaram conhecer apenas alguns aspectos da “Lei Seca”, 79,5% acreditam que ela contribui na redução do número de acidentes, 8,8% sabiam o limite exato de alcoolemia permitido, 83,3% acreditam que sempre é errado dirigir após ter consumido bebida alcóolica, 61,4% não acreditam que motoristas deixam de fazer o uso da bebida alcóolica antes de dirigir apenas para cumprir a lei. Dos indivíduos que eram passageiros, 63,6% afirmaram não pegar carona com motoristas alcoolizados, 33,3% aceitam caronas apesar de se importarem e 2,7 não se importam de serem passageiros desses condutores. Foi observado que 45% dos indivíduos havia sido passageiros de motoristas alcoolizados no último mês, e que a companhia dos quais aceitavam caronas com maior frequência, eram seus amigos (45%) e seus familiares (19%). Para esses jovens, os motivos decisivos pelos quais aceitaram caronas desses condutores, foram: não podiam dirigir por não possuírem CNH (34,5%), o transporte público não funcionava no horário necessitado (30,3%) e a falta de outra pessoa que pudesse oferecer carona (28%). Vários indivíduos já sofreram acidentes de trânsito enquanto caronas (21,6%) e destes, 31,6% eram passageiros de motoristas sob o efeito do álcool.

Este estudo visa dar continuidade ao estudo de Abe (2012) com o objetivo de entender os motivos que tornam difícil recusar uma carona de motorista sob efeito do álcool.

3 | MATERIAIS E MÉTODO

A amostra é composta por 248 estudantes do ensino superior, 73,3% são do sexo feminino. A idade varia de 18 a 43 anos, tendo como prevalência os 18 anos (29,9%), a média de idade é 20,46 anos e o desvio padrão de 3,74.

O instrumento utilizado para este estudo foi adaptado de Abe (2012). É um questionário com 28 questões. As primeiras questões perguntavam sobre questões sociodemográficas seguidas por questões sobre conhecimentos gerais sobre a “Lei Seca” (Brasil, 2008), o comportamento sobre aceitar caronas com motoristas alcoolizados e a frequência que isso ocorre, se já teve dificuldade em recusar esse tipo de carona e o quão importante foram algumas situações no momento de aceitar a carona. Os itens seguintes são situações referentes ao momento de aceitar carona com um motorista alcoolizado. Elas são descritas em uma escala de 4 pontos e devem ser avaliadas quanto a sua importância no momento da decisão.

O instrumento foi aplicado em sala de aula. Os estudantes foram convidados a participar por um dos membros do grupo de pesquisa. O instrumento foi respondido após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 | RESULTADOS

Em relação ao limite de álcool permitido no sangue para motoristas no Brasil, 70,6% não souberam o valor, dos que afirmaram saber, apenas 44% citou corretamente e os valores errados variaram de 0,01 a 50 mg/dl. Sobre dirigir com a quantidade de álcool no sangue acima do limite permitido por lei ser errado, houve prevalência em sempre é errado (79,2%), seguida de (16,3%) é errado na maioria das vezes, (2,9%) é errado em muitas situações, (1,2%) é errado em algumas situações específicas e (0,4%) nunca é errado dirigir com alcoolemia acima do limite permitido por lei. Sobre se importar em aceitar caronas com motoristas alcoolizados, a resposta mais frequente foi (56%) se importam e não aceitam, (41,1%) se importam, mas aceitam e (2,8%) não se importam. A frequência em que esse ato ocorre, os jovens afirmam que aceitam ser passageiros desse motorista (36,7%) raramente, (17,3%) às vezes, (9,3%) frequentemente, (2,4%) sempre e (34,3%) nunca aceitam.

Em relação a quem foi o último motorista alcoolizado do qual aceitou carona os dados são apresentados no Gráfico 1. É notável a maior frequência de respostas em um (a) amigo (a) (27,9%), 13,4% pai/mãe e 12,1% outro familiar diferente de pai ou mãe.
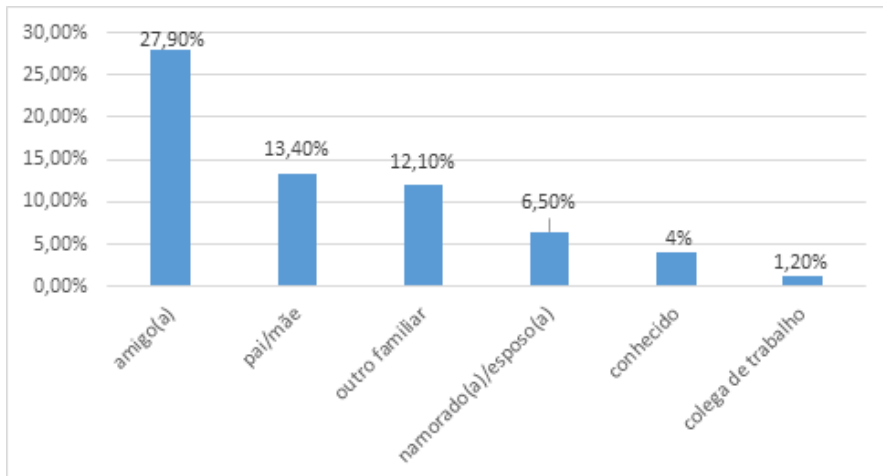
Gráfico 1: “Na última vez em que você foi carona de um motorista que havia consumido álcool, este motorista era: ”

É observado que 54,9% dos indivíduos afirmaram não ter dificuldade em recusar carona com motorista alcoolizado. Dos estudantes, 90,2% afirmam não possuir a Carteira Nacional de Habilitação (CNH), 55,2% não concordam que motoristas deixam de beber só para cumprir a lei, 87,9% acreditam que a “Lei Seca” ajuda a evitar acidentes de trânsito causados por motoristas embriagados, 23,4% sofreram algum acidente enquanto estava de carona e 4% eram caronas de motoristas embriagados no momento do acidente.

Dos dez participantes que afirmaram já terem sofrido acidente enquanto estavam de carona com um motorista alcoolizado, sete ainda aceitam esse tipo de carona com alguma frequência. Desses, cinco afirmam não terem dificuldade para recusar caronas de motoristas alcoolizados.

Não houve correlação significativa entre a questão “Em sua opinião, dirigir com a quantidade de álcool no sangue (alcoolemia) acima do permitido por lei é errado? ” com a frequência em que aceitaram caronas desses motoristas nos últimos dozes meses. Um dado curioso, foi que apenas 29,4% dos estudantes que afirmaram ser sempre errado dirigir com a quantidade de álcool no sangue acima do permitido por lei, assinalaram que nunca aceitaram caronas de motoristas alcoolizados nos últimos doze meses.

Do total da amostra, três indivíduos justificaram o porquê de terem dificuldade em recusar caronas de motoristas alcoolizados, com o fato de também estarem alcoolizados.

Para a questão com pergunta aberta foi feita a análise de conteúdo conforme Bardin (1992). As categorias foram criadas após a leitura de todas as respostas pelo pesquisador. Posteriormente, seis jurados leram e categorizaram todas as respostas, sendo assim realizada uma conferência para a verificação dos resultados.

A questão “Você já teve dificuldade em recusar carona em que o motorista estava

alcoolizado?" tem como alternativas Sim ou Não e os participantes deviam explicar o porquê da afirmativa ou negativa anterior. As explicações foram agrupadas em 10 categorias que estão caracterizadas a seguir.

1. Confiança no motorista

   Pessoas que afirmaram aceitar a carona por acreditar que o motorista havia ingerido uma pequena quantidade de álcool. Pelo fato de parecer sóbrio, tornou sua direção confiável. Exemplo: "Porque todas as vezes em que o motorista havia consumido álcool ele estava consciente e não tinha bebido uma grande quantidade de álcool." "O motorista não estava em um estado que prejudicasse seus sentidos e reflexos para dirigir.".

2. Dinheiro para o táxi

   Inclui os indivíduos que alegam ter aceito carona de motoristas alcoolizados, pelo fato de não terem dinheiro para o táxi. Exemplo: "Por falta de condições financeiras." "Porque estava muito tarde, e eu não tinha dinheiro para pagar um táxi.".

3. Familiar ou alguém próximo

   Refere-se a pessoas que se justificam, afirmando não ter como recusar a carona, pois o motorista era um de seus familiares, um amigo, esposo ou namorado. Exemplo: "Pois precisava voltar para Curitiba de carona com meu tio." "O motorista em questão era meu pai, logo eu não tinha o que fazer, e não sabia como reagir.".

4. Única opção

   Esta categoria inclui os indivíduos que afirmaram aceitar a carona pelo fato de não terem outra opção para chegar ao seu destino. Exemplo: "Por que se eu recusar, não tenho como chegar ao meu destino." "Era bem necessário, não tinha outro jeito.".

5. Transporte público

   Nessa categoria estão as pessoas que não puderam recusar a carona por falhas no transporte público, sejam elas, por horário, localização, rotas ou segurança. Exemplo: "Porque, nas circunstâncias, era a única possibilidade de chegar ao meu destino sem ter que andar de ônibus a noite, coisa que evito ao máximo." "Porque era muito tarde e não havia ônibus.".

6. Constrangimento

   Inclui os indivíduos que para não causarem constrangimento para si e para o motorista, para não o ofender acabam aceitando a carona, mesmo sendo um familiar ou alguém do seu vínculo de relacionamento. O foco aqui está em não causar constrangimento e/ou não ofender o motorista. Exemplo: "Me senti desconfortável, com vergonha de recusar; não havia outro modo de voltar para casa." "O motorista se sentiu ofendido de haver questionado a capacidade de condução dele, considerando estar 100% apto.".

7. Não se importa

   São as pessoas que aceitam caronas e não se importam com o fato dos motoristas estarem alcoolizados. Exemplo: “Normalmente eu aceito e nem penso.” “Porque geralmente não se importam.”.

8. Outros

   Inclui nessa categoria pessoas que afirmaram aceitar a carona por outros motivos ainda não citados. Exemplo: “Eu não tô nem aí pra morte. Não tô nem aí pra sorte. Eu quero mais é decolar toda manhã.” “Não acredito que estar embriagado seja um problema em absoluto. De fato há riscos e eles devem ser considerados, mas no caso concreto deve - se ter bom senso e analisar com seriedade qual a real gravidade da situação.”

9. Não aceita

   As pessoas que não aceitam caronas de motoristas alcoolizados por reconhecerem os reais riscos que direção e álcool oferecem. Exemplo: “Porque sei que o álcool no organismo causa alterações no mesmo e isso pode causar algum tipo de acidente.” “Não dirijo e sou carona do meu esposo. Não bebemos e raramente quando decidimos tomar um vinho não saímos de casa e quando saio com algumas amigas também não são consumidoras de álcool. O ser humano deveria se conscientizar que quando ele dirige alcoolizados não é só a vida dele que está em risco e de várias pessoas.”.

Após a categorização foi feito um estudo de frequência das categorias. Os resultados estão expressos no Gráfico 2. É possível observar que o total de respostas ultrapassa os 100%, isso é devido ao fato de uma resposta poder ser atribuída a duas ou mais categorias. Houve 116 respostas, mas 16 foram atribuídas a duas categorias e 4 a três categorias, totalizando 136 respostas. Ao analisar o Gráfico 2, é notado a maior frequência de respostas na categoria 4, seguida da 3 e 1, ou seja, os indivíduos aceitam caronas de motoristas sob efeito de álcool principalmente por falta de opção, por ser um familiar ou alguém próximo e por confiança no motorista.
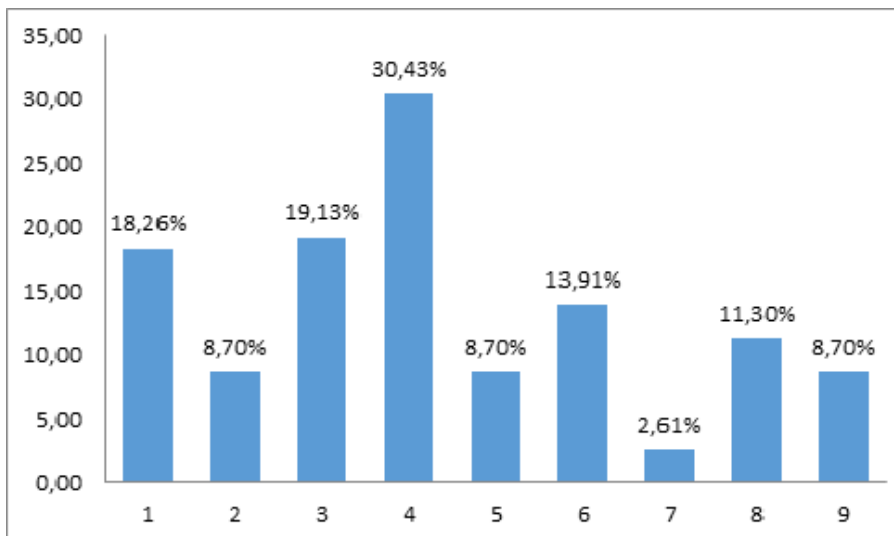
Gráfico 2: Categorias das respostas referente a "Já teve dificuldade em recusar carona em que o motorista estava alcoolizado? Porque?"

A questão "Quão importante foi pra você a situação abaixo no momento em que decidiu pegar carona com um motorista que consumiu álcool?" é composta por 4 fatores conforme o estudo de Abe (2102), sendo eles: problemas com meios de transporte alternativos, baixa percepção de risco, constrangimento social ao recusar carona e falta de opção.

O primeiro fator se refere a meios de transporte alternativos, como transporte público e táxi, não os tornando uma opção, ou seja, serviço caro ou indisponível. O segundo fator está relacionado à baixa percepção de risco que os jovens têm sobre o comportamento de aceitar carona com motorista alcoolizado, não tendo consciência das possíveis consequências. O terceiro fator diz respeito ao constrangimento em recusar a carona devido ao grau de proximidade com o motorista ou por receio de causar uma situação desagradável. O último fator se refere a falta de opção, incluindo não poder ocupar o lugar do motorista por não possuir CNH e nem ter outro condutor em condições de dirigir. Valores de cada fator apresentados na Tabela 1.

Fator	Média	Desvio-padrão
Problemas com meios de transporte alternativos	2,77	,63
Baixa percepção de risco	1,75	,46
Constrangimento social ao recusar carona	2,28	,76
Falta de opção	3,26	,60

Tabela 1: Média e desvio-padrão de cada fator

É possível observar que o quarto fator, “Falta de opção” apresenta as maiores médias, isso indica que, não poder se oferecer para dirigir pois não possui CNH e/ou não ter outra pessoa que não tenha ingerido bebida alcoólica que lhe ofereça carona, foram decisivas no momento da tomada de decisão. O segundo fator “Baixa percepção de risco”, em maioria apresenta as menores médias, o que indica que acreditar que o consumo do álcool deixa o motorista mais cuidadoso, caso houvesse acidente ou fiscalização, seria o motorista o responsável pelo veículo e não haveriam problemas para o carona e o fato de aceitar a carona por ter bebido muito e não estar em condições para pensar. Observa então, que essas opções não foram consideradas relevantes na situação em que o indivíduo aceitou a carona. Somente a opção de não achar haver problema em aceitar carona daquele indivíduo alcoolizado, obteve uma média bem acima da média do fator em que está inclusa. As opções que formam o primeiro fator são: O serviço de táxi seria muito caro, o transporte público seria muito perigoso, o transporte público não funcionava no horário necessário e o transporte público não funcionava no local necessário. O terceiro fator é composto pelas opções: o nível de relação com o motorista não permitiu a recusa da carona e não quis criar constrangimento para o motorista. As médias e desvios padrão de cada uma dessas situações são apresentados abaixo na Tabela 2.

Situação	Média	Desvio-padrão
O serviço de um táxi seria muito caro.	2,83	,82
O transporte público seria muito perigoso.	2,70	,86
O transporte público não funcionava no horário em que precisei.	3,01	,89
O transporte público não funcionava no local em que precisei.	2,54	,90
O nível de relação com o motorista não me permitiu recusar a carona.	2,56	,90
Não quis criar constrangimento para o motorista	2,01	,83
Não havia outra pessoa para me dar carona.	3,25	,78
Não achei que haveria problemas em pegar carona com aquela pessoa, mesmo tendo consumido álcool.	2,37	,85
O consumo do álcool torna o motorista mais cuidadoso no trânsito	1,28	,55
Não podia me oferecer para dirigir, pois não possuo CNH.	3,27	,83
Em caso de acidente ou fiscalização é o motorista que responde pelo veículo, então não seria problema meu.	1,49	,67
Havia bebido muito e estava sem condições de pensar claramente.	1,87	,82

Tabela 2: Média e desvio-padrão referente a cada situação

5 | DISCUSSÃO

Utilizando estudos de quatro anos de diferença, foi possível comparar alguns dados. Ao analisar a importância da situação na tomada da decisão, os resultados dos fatores foram semelhantes ao estudo de Abe (2012), no qual o fator “Falta de opção” obteve as maiores médias e o fator “Baixa percepção de risco” as menores. Sobre a mesma questão, mas considerando os motivos separadamente, temos como os mais citados a falta de transporte público no momento necessário, falta de outras pessoas que pudessem lhe oferecer carona de um modo mais seguro e não possuírem habilitação para ocupar o lugar de motorista. No estudo de Abe (2012) 79,5% de sua amostra acreditam que a “Lei Seca” ajuda a evitar acidentes de trânsito causados por motoristas embriagados, nesse estudo, esse valor aumentou, tendo 87,9% acreditando no mesmo, porém, em ambos os estudos, mais da metade da amostra não soube afirmar o valor de álcool no sangue permitido por lei. Esse aumento pode significar uma maior conscientização por parte do indivíduo como carona e cidadão, maior conhecimento dos riscos dos quais se expõe, efeito das políticas públicas implantadas pelo governo, entre outras. Houve um aumento na quantidade de pessoas que apesar de se importarem, aceitam ser passageiros de motoristas sob o efeito do álcool, Abe (2012) obteve o valor de 33,3%, aumentando para 41,1% nesse estudo. É possível atribuir esse aumento a falta de opção acessível a esses jovens na situação necessária, por exemplo, o serviço de transporte público acessível, alguém que lhe pudesse oferecer uma carona segura e até mesmo o fato de também ter consumido bebida alcoólica, o que

deixa o indivíduo mais vulnerável a riscos. Embora esses jovens aceitem ser passageiro de motoristas alcoolizados, eles pelo menos se importam com isso. Porém, dos participantes que já haviam sofrido acidentes viários, no estudo de Abe (2012) 31,6% eram caronas de motoristas embriagados no momento do acidente, já nesse estudo, foram apenas 4% da amostra também eram caronas de motoristas embriagados no momento do acidente. Considerando esse estudo e o de Abe (2012) é possível observar a frequência com que os familiares desses jovens são os responsáveis pela condução do veículo naquela ocasião. No estudo de Abe (2012), os pais ou outro familiar que haviam ingerido bebida alcoólica foram responsáveis por 36% das caronas, já neste estudo, embora tenha diminuído, ainda temos 25,5% desses. Ao observar esses dados, vemos que não somente os jovens podem estar se tornando mais conscientes, mas também seus familiares.

Os resultados deste trabalho também corroboram os dados do estudo de Bianchi et al., (2010), entre outros motivos pelos quais os jovens aceitam caronas desses motoristas, estão a comodidade, para não negar uma carona já combinada e não poder dirigir o carro do colega por não possuir CNH, entre outros.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo proporcionou conhecer os principais motivos que levam os indivíduos a não conseguir recusar caronas com motoristas alcoolizados. Com isso, podem ser desenvolvidas políticas públicas de conscientização e também a implantação de medidas preventivas, como por exemplo, a maior disponibilidade de meios de transporte público – tais como táxi, horários e pontos de ônibus diferenciados nos horários noturnos, bem como transportes alternativos - vans oferecidas pelos próprios eventos para voltar de festas e comemorações.

REFERÊNCIAS

ABE, Cristiane Mie. **De carona na "Lei Seca": como se comportam jovens curitibanos.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

ABREU, A. Maria Medes, LIMA, José Mauro Brás & GRIEP, Rosane Harter. Acidentes de trânsito e a frequência dos exames de alcoolemia com vítimas fatais na cidade do rio de janeiro. **Anna Nery Rev Enferm 13,** v. 13, n. 1, p. 44-50, 2009.

AKGÜR, Serap Annette et al. Prevalence of alcohol in blood samples from traffic accident cases in Turkey. **The American journal of forensic medicine and pathology,** v. 32, n. 2, p. 136-139, 2011.

ALAVARSE, Glória Maria Assis; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Escola Anna Nery,** v. 10, n. 3, p. 408-416, 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 1992, 229p.

BIANCHI, Alessandra Sant'Anna, et al. Depois da festa: por que os jovens pegam carona com motoristas alcoolizados? Congresso Interamericano de Trânsito e Transporte, v. 01, Brasil. 2010

BOGSTRAND, Stig Tore, LARSSON, Magus Roger Goran, HOLTAN, Anders, STALL, Trine, VINDENES, Vigdis & GJERDE, Hallvard. Associations between driving under the influence of alcohol or drugs, speeding and seatbelt use among fatally injured car drivers in Norway. **Accident Analysis and Prevention,** v. 78, p. 14 a 19, 2015.

BRASIL, Lei No 11.705, de 19 de junho de 2008 que altera as Leis No 9.503 e No 9.294. Código de Trânsito Brasileiro, 2008.

CARLESSO, Janaína Pereira Pretto, SOUZA, Ana Paula Ramos, & MORAES, Anaelena Bragança. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista Cefac**, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

CHAN, Daphne C. N., WU, Anise M. S., & HUNG, Eva P. W. Invulnerability and the intention to drink and drive: An application of the theory of planned behavior. **Accident Analysis and Prevention**, v. 42, n. 6, p. 1549-1555, 2010.

COLICCHIO, Daniel & PASSOS, Afonso Dinis Costa. Comportamento no trânsito entre estudantes de medicina. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 5, p. 535-540, 2010.

CUFFA. Marina. **Percepção e comportamento de risco de beber e dirigir: um perfil do universitário de Curitiba**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

DJERDE, Hallvard, et al. Associations between substance use among car and van drivers in Norway and fatal injury in road traffic accidents: A case-control study. **Transportation Research,** v. 17, p. 134-144, 2013.

DUAILIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 839-848, 2007.

DUBOIS, Sacha et al. The combined effects of alcohol and cannabis on driving: Impact on crash risk. **Forensic science international**, v. 248, p. 94-100, 2015.

GAZAL-CARVALHO, Cynthia, et al. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma**. Revista Saúde Pública,** v. 36, p. 47-54, 2002.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia, et al. Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated factors. **Ciência & Saúde Coletiva,** .v. 19, p. 7-16, 2014.

HUANG, Wei-Shin & LAI, Ching-Huei. Survival risk factors for fatal injured car and motorcycle drivers in single alcohol-related and alcohol-unrelated vehicle crashes. **Journal of Safety Research***,* v. 42, n. 2, p. 93-99, 2011.

LARANJEIRA, Ronaldo, PINSKY, Ilana & ZALESKI, Marcos **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília*:* Secretaria Nacional Antidrogas, 2009.

LEGRAND, Sara-Ann, et al. Prevalence of alcohol, illicit drugs and psychoactive medicines in killed drivers in four European countries. **International journal of injury control and safety promotion,** v. 21, n. 1, p. 17-28, 2014.

MAISTROS, Alexander, SCHNEIDER, Willian H. & SAVOLINEN, Peter T. A comparison of contributing factors between alcohol related single vehicle motorcycle and car crashes. **Journal of Safety Research,** v. 49, p. 129. e1-135, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho, et al. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo dois inquéritos nacionais de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 214-223, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Impacto da legislação restritiva do álcool na morbimortalidade por acidentes de transporte terrestre-Brasil, 2008.**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 78-78, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global status report on road safety: Time for action. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório global sobre o estado da segurança viária **.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

PIÑA-TORNÉS, Arlines et al. Mortalidad por accidentes de tránsito en Bayamo, Cuba 2011.**Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 31, n. 4, p. 721-724, 2014.

SCHLOTTHAUER, Amy E. et al. Motor vehicle crashes associated with alcohol: child passenger injury and restraint use.**American journal of preventive medicine**, v. 40, n. 3, p. 320-323, 2011.

SCOTT-PARKER, Bridie et al. "I drove after drinking alcohol" and other risky driving behaviours reported by young novice drivers. **Accident Analysis & Prevention**, v. 70, p. 65-73, 2014.

VELÁSQUEZ, Natalia et al. Beber y conducir en Medellín: prevalencia y caracterización de patrones de consumo, 2014. **Revista Facultad Nacional de Salud** Pública, v. 33, n. 1, p. 58-66, 2015.

VIEIRA, Denise Leite et al. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 396-403, 2007.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2013: Acidentes de Trânsito e Motocicletas. **Flacso Brasil.** Rio de janeiro, 2013.

XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. Ediouro: São Paulo, 2000.

CAPÍTULO 17

PERCEPÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 16/11/2020

Lúcia Rondelo Duarte
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Sorocaba- SP
https://orcid.org/0000-0003-1779-5500

Ariane Amélia da Silva Tavares
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Pilar do Sul-SP
http://lattes.cnpq.br/207762824859512

Isabella Maria Bonvechi de Sousa
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Piedade-SP
http://lattes.cnpq.br/3447998414209479

RESUMO: Objetivos: analisar significados e práticas associadas a saúde de pessoas em situação de rua, identificar suas necessidades de saúde, descrever sua vida cotidiana. Métodos: pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, que utilizou o discurso do sujeito coletivo e a análise temática de conteúdo. Participaram doze pessoas em situação de rua, frequentadoras de unidade de acolhimento em um município do interior de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista oral, orientada por questões norteadoras e aplicação de formulário sociodemográfico. Resultados: 83,3% dos entrevistados eram do gênero masculino, 50% tinham idade entre 31 a 40 anos, 33,3% cursaram o ensino médio. A análise dos discursos resultou numa síntese interpretativa com três temas: causalidade da situação de rua, vida cotidiana, condições de saúde. Desavenças e perdas familiares, desemprego e uso de álcool ou drogas foram apontados como fatores que favoreceram a ida para as ruas. A vida cotidiana dos participantes segue a rotina da instituição, destacando-se alimentação periódica, higiene e descanso. As morbidades clínicas mais citadas foram depressão, doenças crônico degenerativas, doenças sexualmente transmissíveis. Apenas três participantes referiram o uso de álcool ou drogas como problema de saúde. O fortalecimento psicossocial e a necessidade de moradia e emprego foram apontados como necessidades de saúde. Conclusão: as múltiplas causas que levam as pessoas a viverem em situação de rua demandam ações em diversas áreas, sobretudo políticas mais efetivas e inclusivas que possibilitem o resgate das condições de vida e saúde dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em situação de rua; condições de vida; condições de saúde; percepção.

PERCEPTION OF HOMELESS PEOPLE ABOUT THEIR HEALTH NEEDS

ABSTRACT: Objectives: to analyze the meanings and practices associated with the health of homeless people, to identify their health needs, to describe their daily life. Methods: exploratory descriptive research, with a qualitative approach, which used the collective subject speech and thematic content analysis. Twelve homeless people who frequent a homeless shelter in a city of the interior of the state of São Paulo in Brazil participated. Data collection was

conducted through an oral interview, guided by guiding questions and the application of a socio-demographic form. Results: 83.3% of respondents were male, 50% were between 31 and 40 years old, 33.3% attended high school. The analysis of the speeches resulted in an interpretative synthesis with three themes: causality of homelessness, everyday life, health conditions. Family quarrels and losses, unemployment and the use of alcohol or drugs were identified as factors that favored homelessness. The participants' daily lives follow the institution's routine, with emphasis on periodic food, hygiene and rest. The most cited clinical morbidities were depression, chronic degenerative diseases, sexually transmitted diseases. Only three participants referred to the use of alcohol or drugs as a health problem. Psychosocial strengthening and the need for housing and employment were identified as health needs. Conclusion: the multiple causes that lead people to homelessness demand actions in several areas, especially more effective and inclusive policies that make it possible to rescue the living and health conditions of this population.
KEYWORDS: Homeless people; life conditions; health conditions; perception.

1 I INTRODUÇÃO

A população em situação de rua vem crescendo nas últimas décadas, no entanto trata-se de um fenômeno antigo. Sua história remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais da Europa no processo de criação das condições necessárias à produção capitalista (MELLO, 2010).

Estudos nacionais mostram que grande parte dessa população é originária do mesmo local ou das cidades próximas, não sendo decorrência de deslocamento ou migração campo/cidade. A maior parte é constituída por jovens e adultos do sexo masculino que estão na rua por múltiplos fatores, tais como desemprego, dependência química e/ou alcóolica, doenças mentais, abandono e/ou desavenças familiares entre outros (BRASIL, 2008; SILVA et al.,2015).

Atualmente as pessoas em situação de rua são caracterizadas por possuírem acesso limitado aos direitos sociais e civis, o que gera exclusão social. Frente a essa situação, são vítimas de preconceito e da falta de respeito e dignidade por parte da sociedade. São "vistos pela sociedade como indigentes, vagabundos, mendigos, bandidos, loucos, sujos, enfim, são seres invisíveis, restritos de respeito, igualdade e dignidade" (SILVA et al., 2015).

No entanto, a população em situação de rua é composta por trabalhadores; 70,9% deles exercem alguma atividade remunerada. Dessas atividades destacam-se: catação de materiais recicláveis (27,5%), "flanelinha" (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregamento/estivação (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência (BRASIL, 2008).

Como consequência da invisibilidade e limitação dos direitos básicos, as pessoas que moram e sobrevivem nas/das ruas são vulneráveis à determinantes e condicionantes que afetam vários elementos da vida, dentre eles a saúde. Poucos estudos abordam a questão da saúde das pessoas em situação de rua, principalmente na perspectiva de

compreender como essas pessoas concebem o processo saúde-doença e enfrentam os problemas de saúde, bem como os motivos que levaram à essas carências. Portanto, "abordar os significados de saúde para as pessoas em situação de rua é, também, possibilitar um espaço de vocalização para essas suas questões" (AGUIAR, IRIART,2012; PAIVA et al., 2016).

Para entender as necessidades de saúde sentidas pela população em situação de rua este estudo teve como objetivos analisar os significados e práticas associados a saúde de pessoas em situação de rua, identificar suas necessidades de saúde, descrever sua vida cotidiana.

2 I MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Apresenta a Teoria das Representações Sociais como Referencial Teórico (JODELET, 2001), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a Análise Temática como Referenciais Metodológicos (LEFRÉVRE, 2003; MINAYO, 1996).

Foram participantes doze pessoas em situação de rua, com idade mínima de 18 anos, frequentadoras de uma unidade de acolhimento em um município do interior de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2018. Os dados foram coletados por meio de entrevista oral, gravada em áudio, orientada pelas questões: 1. conte sua história de vida: como você foi viver na rua; 2. descreva o seu dia-a-dia em situação de rua; 3. como é sua saúde e como você cuida dela? 4. quais são suas necessidades de saúde. Após a entrevista foi aplicado um formulário sociodemográfico para caracterização dos participantes.

Para a organização dos depoimentos foi utilizada a técnica do discurso do Sujeito Coletivo. O conteúdo das entrevistas foi transcrito para a identificação das expressões chave e ideias centrais do discurso de cada participante. Com as expressões chave das ideias centrais semelhantes foram construídos discursos síntese que expressam um discurso coletivo. O sujeito coletivo se expressa por meio de um discurso que expressa uma referência coletiva, viabilizando um pensamento social, mesmo que o discurso seja de um único participante (LEFRÉVRE, 2003).

Para análise e interpretação dos discursos foi utilizada a análise temática de conteúdo (MINAYO, 1996). As ideias centrais (IC) dos discursos coletivos foram consideradas subtemas e categorizadas em grandes temas visando a uma síntese interpretativa que respondesse aos problemas da pesquisa. Os dados sociodemográficos foram analisados segundo a frequência das suas variáveis.

Os participantes receberam nomes fictícios para preservar o anonimato.

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo com o protocolo nº CAAE 87149018.7.0000.5373 conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3 I RESULTADOS

3.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

Variáveis	Frequência	
Idade em anos	Nº	%
20 a 30	1	08,3
31 a 40	6	50,0
41 a 50	5	41,6
Gênero	Nº	%
Homem	10	83,3
Mulher	1	08,3
Transexual	1	08,3
Cidade de origem	Nº	%
Sorocaba	5	41,6
Demais município paulistas	5	41,6
Outros estados	2	16,6
Estado civil	Nº	%
Solteiro	8	66,6
Divorciado	3	25,0
Casado	1	08,3
Etnia	Nº	%
Pardo	4	33,3
Branco	4	33,3
Negro	1	08,3
Mulato	3	25,0
Escolaridade	Nº	%
Ensino médio completo	4	33,3
Ensino fundamental completo	3	25,0
Ensino fundamental incompleto	3	25,0
Superior incompleto	2	16,6
Ocupação	Nº	%
Desempregado	6	50,0
Autônomo	6	50,0
Participação em atividades e projetos	Nº	%
Sim	4	33,3

Não	8	66,6
Tempo na rua	Nº	%
0 a 6 meses	10	83,3
Mais de 1 ano	2	16,6

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo idade, gênero, município de origem, estado civil, etnia, escolaridade, ocupação, participação em projetos, tempo na rua. Sorocaba, 2018.

Fonte: Autoras

3.2 A vida e a saúde na situação de rua

A análise das ideias centrais (IC) dos discursos coletivos organizados com os depoimentos dos participantes resultou na categorização em três grandes temas: causalidade da situação de rua, vida cotidiana, condições de saúde como demonstrado nos Quadros 1, 2 e 3 a seguir.

Tema	Discursos
Problemas familiares	DSC1: Falecimento na família (Pedro, Bartolomeu, José) *Depois que ela veio a falecer, ficar na minha casa dava um desânimo em mim, aí eu deixei lá e fui parar na rua; eu já tinha o problema do álcool, acabei entrando em depressão; resolvi abraçar a rua e fiquei oito anos na rua.* DSC2: Desavença familiar (Simão, Tiago, Tadeu) *Meu pai não me aceitou por eu não ter emprego, já morei com meu tio que me batia por bagunçar na escola, não deu certo de eu morar com a minha mãe de novo; sempre passei por vários lares diferentes, acabei me envolvendo com drogas, com as brigas em família, joguei tudo pra cima e fui para a estrada, acabei virando andarilho. Minha esposa e eu resolvemos nos separar, por um desentendimento, e agora tô pedindo ajuda daqui e dali.* DSC3: Perda de contato familiar (João) *Meu primo trabalhava aqui e me chamou. Mas quando cheguei me perdi dele.* DSC4: Violência doméstica (Paulo) *Me envolvi com a pessoa errada, meu marido me agrediu, estou aqui.*
Desemprego	DSC5: Desemprego (Tiago, Felipe) *A esposa e eu resolvemos nos separar, aí o que aconteceu, ela saiu e eu estava desempregado. Acabou serviço, estava desempregado, vai fazer um mês que meu dinheiro acabou.*
Dependência de álcool ou droga	DSC6: Dependência de álcool e drogas (Tomé, Simão, Mateus) *Estou na rua por conta das drogas mesmo, depois que eu abandonei a faculdade eu comecei a declinar na vida, não parava em nenhum trabalho e comecei a me entregar totalmente pra droga; a gente sai se drogar,* por *divergências com meu pai eu acabei me envolvendo com drogas.* DSC7: Prostituição e drogas (André) *Comecei na prostituição, a vida fácil, dinheiro fácil, conheci drogas, fumei crack, cocaína, atualmente sou usuária de maconha.*

Quadro 1: Discursos do sujeito coletivo sobre a causalidade da situação de rua categorizados em temas (Sorocaba, 2019)

Fonte: Autoras

Temas	Discursos
Atividades na instituição	DSC1: Rotina da instituição (Pedro, Tiago, João, Felipe, Bartolomeu, Tomé, José, Tadeu, Paulo, André). *Acorda, tem café às 7h, casa zoo começa às 8h e dão atividades na horta até a hora do almoço. Saio, ando o dia inteiro, volto pra almoçar. Às 17h começa o SOS e a gente toma banho, janta e descansa. No dia seguinte a mesma coisa, seguindo as regras da casa.* DSC2: Atividades prazerosas (Pedro, Simão, Felipe, Mateus, Tadeu, André). *Esses meus dias eu conheci o origami, é o que tá mantendo minha cabeça ativa aqui dentro, além da leitura também, eu gosto de ler, leio livro. Todos os dias que tive aqui foi assim, pego o violão. Também tem uns rapazes que tocava.* Às vezes faço atividades como desenho. *Às vezes fico namorando, e emprego por enquanto não tem.* DSC3: Autocuidado (Mateus, José). *Procuro meditar muito em Deus, me alimentar, lavo minhas roupas, tento me cuidar, seguir as regras da casa e tentar me aproximar das pessoas que querem ajudar tentando achar um emprego.*
Atividades na rua	. DSC4: Ando bastante (Tadeu Paulo). Eu ando o dia inteiro e bebo cachaça, ajudo uma pessoa aqui e ali. Às vezes peço esmola para comprar cigarro. DSC5: Trabalho (Tiago, João, André). *Eu passo o dia trabalhando, tentando arrumar um dinheiro. Tá começando a render, não tem ninguém olhando o carro lá. Atualmente eu to levantando, crochê.*

Quadro 2: Discursos do sujeito coletivo sobre a vida cotidiana dos participantes categorizados em temas (Sorocaba, 2019)

Fonte: Autoras

Temas	Discursos
Percepção sobre a própria saúde	DSC1: Boa saúde (Pedro, Simão, Tiago, João, José, Bartolomeu) *Eu sou bem abençoado porque não tenho problemas de saúde. Não tenho diabetes, não tenho pressão alta e como bem. Não sou muito de ir no médico e até hoje nunca tive nada de grave, então minha saúde é boa. Minha saúde está boa, me alimento bem, aqui tem horário para isso.* DSC2: Saúde ruim (Mateus) *Minha saúde está ruim, meu pé está um pouco inchado, mas estou cuidando.*
Cuidados com a saúde	DSC3: Procura por atendimento médico (Bartolomeu, Tadeu, André) *Eu cuido da minha saúde procurando um pronto socorro, UPA e PA quando me sinto mal. Tenho sífilis e faço tratamento; tomo hormônios.* DSC4: Alimentação (Pedro, Simão, João, Felipe, Bartolomeu) *Cuido dela assim, na hora do almoço venho e como certinho.* DSC5: Não procura por atendimento médico (Pedro, João, Paulo) *Nunca fiz exame, eu não sou muito de ir no médico não, faz muito tempo que eu não vou. Tenho arritmia e ultimamente não tô cuidando e nem faço controle de medicação.*

Problemas de saúde	DSC 6: Dependência de álcool ou droga (Pedro, Tiago, Paulo) *Uns dois meses para trás eu bebia, não usava droga, só bebia mesmo. Foi isso que me prejudicou com a minha família. Sou dependente de droga. Eu ando sozinho, melhor sozinho do que mal acompanhado. Não uso drogas e às vezes bebo uma cervejinha.* DSC 7: Depressão (Pedro, Simão) *Eu tive depressão, até que fui ao psicólogo. Cheguei lá e falei o que estava vivenciando. Ele falou que muito do que eu tenho é em função de traumas da infância e do que passei na minha vida. Talvez minha saúde mental seja mais preocupante, porque a física não tenho problema até agora e tomara que não apareça nenhum.* DSC8: Doenças (Felipe, Tomé, Paulo, André) *Há 4 anos eu tratei um câncer na bílis, mas passei no posto da zona norte e está razoável. Estou um pouco anêmico e com a resistência baixa por pouca alimentação por ter ficado na rua, mas DST eu não tenho, eu to normal. Passei mal e tomei medicamento, porque minha pressão estava 18 por 9. Me falaram que o postinho estava me procurando porque sou hipertenso. Tenho um problema no meu joelho direito, mas graças a Deus estou bem. Só tenho problema no quadril.* DCS9: Trauma (José, Tadeu) *Me sinto uma pessoa abençoada e recuperada, porque chutei o chão, meu dedo subiu pra cima e fui pro hospital. Fiz uma cirurgia por eu ter caído do andaime enquanto era servente de pedreiro.* DSC10: Dor (Tadeu) Tenho dor de dente, dores de cabeça.
Necessidades de saúde	DCS11: Fortalecimento psicossocial (Simão, Tiago, Tadeu, Paulo) *No momento preciso de tratamento psicológico, meu emocional está muito abalado e as recaídas ficam mais fáceis. Depois da depressão, tô colocando a mente em dia com atividades para autoconhecimento. Eu me acomodei e minha autoestima caiu.* DCS12: Sem necessidade (João) *Até agora nada, tá tudo em ordem.* DCS13: Emprego e moradia (Felipe, Bartolomeu, Mateus, José) *Preciso ter um serviço, chegar em casa e tomar um banho. Tudo o que minha mãe lutou para ter o dela, quero lutar para ter o meu. Preciso me restabelecer, voltar ao mercado de trabalho. Quero sair da rua, quero arrumar um emprego.* DSC14:Tratamento especializado (Pedro, Felipe, Tomé, Tadeu, Paulo, André) *Preciso de um acompanhamento com profissionais como dermatologista, gastro, esses tipos de especialidades, porque clinico geral não resolvem todos os tipos de problemas. Quero melhorar as dores de cabeça, tremedeira no corpo, porque fico agitado e nervoso com os outros na rua. Eu preciso cuidar dos meus dentes. Já coloquei aparelho, mas tirei porque não paguei. Eu tenho problema de gonartrose no joelho, tenho que tomar remédio. Preciso de médicos especializados no nosso gênero e dignidade nos serviços.*

Quadro 3: Discursos do sujeito coletivo sobre as condições de saúde dos participantes categorizados em temas (Sorocaba, 2019)

Fonte: Autoras

4 I DISCUSSÃO

O perfil dos participantes não difere dos resultados da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008, ao constituírem um grupo em que a maioria é do gênero masculino, com idade entre 30 a 40 anos, oriundos do município ou de municípios vizinhos (BRASIL, 2008). Mas em outros aspectos os resultados não foram concordantes. Na pesquisa nacional, 70,9% dos entrevistados relataram atividade

remunerada, já em nosso estudo apenas 25% dos participantes realizavam atividade remunerada. Em relação a escolaridade, 33,3% alegaram ter ensino médio completo e 25% ensino fundamental completo, porém no estudo nacional 64% não concluíram o ensino fundamental.

Segundo a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, esse grupo de pessoas se caracteriza:

> por ser um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelidas a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por caráter temporário ou de forma permanente (BRASIL, 2006, p. 9).

Os entrevistados, em sua maioria, estavam em situação de rua há menos de seis meses. No entanto, a situação de rua passa rapidamente de temporária para permanente; um terço dessa população está nas ruas há mais de cinco anos, como revelam os dados nacionais (Brasil, 2008).

Dentre os fatores que favoreceram o encontro com a rua, estavam presentes nos discursos dos participantes as perdas e desavenças familiares, o desemprego e a dependência de álcool ou droga, resultados semelhantes aos nacionais (Brasil, 2008).

Essas três causas podem se relacionar entre si, sendo frequentemente consequência e/ou motivo de uma estrutura familiar debilitada. A fuga dessa realidade desencadeia isolamento social e a necessidade de sobrevivência instiga ao refúgio em meios informais como a rua (MOREIRA, PADILHA, 2015).

Considerando que os participantes frequentavam uma instituição de apoio, grande parte deles referiu seguir a rotina local, ressaltando a alimentação periódica e os momentos proporcionados à higiene e ao descanso. Diante desse resultado, observa-se que as atividades ofertadas pela instituição favorecem a visibilidade e socialização das pessoas em situação de rua, uma vez que proporcionam o autocuidado e a cidadania. Mas o abrigo não provê a noção de habitação, não oferece condições para a ruptura com a rua (SASSE, OLIVEIRA, 2019).

Alguns participantes também relataram a realização de trabalhos informais, como observar automóveis a troco de alguns centavos para obter recursos financeiros ou vendendo peças de crochê na rua e, assim, subsidiar suas necessidades. Para Viegas (2013) essas atividades proporcionam melhora na autoestima dos sujeitos, uma vez que promove o sentimento de pertença à sociedade, apesar da divergência entre o trabalho informal e o trabalho formal

Quando perguntados sobre seu estado de saúde, onze participantes alegaram ter problemas, embora seis deles afirmassem ter boa saúde. Os problemas de saúde citados foram depressão, doenças sexualmente transmissíveis, câncer, hipertensão,

arritmia cardíaca, problemas osteoarticulares, odontológicos, dores crônicas. Apenas três participantes referiram o uso de álcool ou drogas como problema de saúde.

Na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 62% dos participantes negaram algum problema de saúde, mas ainda assim citaram problemas psiquiátricos/mentais, HIV/Aids e problemas de visão (BRASIL, 2008). Cerca de 30% desses entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, dentre os quais, os mais citados foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), diabetes (5,4%) e HIV/Aids (5,1%).

Contudo, o álcool e as drogas não foram tidos como problemas de saúde. Estudo inacabado sobre a prevalência de morbidades clínicas em moradores de albergues da capital de São Paulo aponta que as doenças mais frequentes entre os moradores de rua são as de ordem psiquiátrica (MARTINS, 2011).

Estudos norte-americanos e europeus apontam como mais prevalentes as doenças psiquiátricas, infectocontagiosas e cardiovasculares. Entre as doenças infectocontagiosas mais comuns que atingem os desabrigados estão a Aids, a tuberculose pulmonar, as infecções por vírus da hepatite B e C além das doenças cutâneas (MARTINS, 2011).

O abuso de substâncias psicoativas, a infecção pelo HIV/aids, os transtornos mentais e os problemas odontológicos também foram encontrados em estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia (AGUIAR, IRIART, 2012).

Concernente aos cuidados com a saúde, seis respondentes relacionaram tal cuidado à alimentação adequada que eles obtinham na instituição que frequentavam. Já três participantes relacionaram o cuidado a busca por atendimento em serviços de saúde, embora essa procura seja efetivada somente quando eles não se sentem bem, dificultando medidas preventivas.

O modo de vida das pessoas em situação de rua acarreta-lhes vulnerabilidades específicas, assim como dificuldades para acessar os serviços de saúde. As autoras Hino et al.,(2018) relatam a dificuldade e o recuo das pessoas em situação de rua frente aos serviços de saúde, pois são locais em que o preconceito e a discriminação também se fazem presentes, assim como a dificuldade dos profissionais de saúde para o atendimento das demandas e necessidades dessa população.

Em relação às necessidades de saúde, seis participantes pleitearam o tratamento clínico especializado. Dentre os tratamentos solicitados, dois se referiram a tratamentos voltados à estética. Tal preocupação pode estar relacionada a melhoria da imagem pessoal por não serem bem vistos em locais públicos frequentados por pessoas de outras classes sociais.

O fortalecimento psicossocial e a necessidade de moradia e emprego foram descritos com a mesma frequência entre os entrevistados, 33,3%% em cada categoria. Esperávamos obter maior número de respostas em relação à necessidade de moradia e emprego, pois essas pessoas estão em situação de rua por não terem seu espaço fora

dela. No entanto, cabe destacar que os principais fatores que trouxeram essas pessoas à rua foram as perdas e as desavenças familiares e não a falta de uma moradia, o que torna o desejo de fortalecimento psicossocial tão importante quanto a conquista de um lar e de emprego.

A Constituição Federal (BRASIL,1988) estabelece, em seu Artigo 6º, que "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados[...]"

Em 2009, o Decreto nº 7.053 instituiu a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua que conjuga ações municipais, estaduais e federais, com interdisciplinaridade e intersetorialidade na atuação para a população em situação de rua. No bojo dessa política foram criados os Consultórios de Rua e os Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centros Pop), com o objetivo de "contribuir para restaurar e preservar a integridade e a autonomia da população em situação de rua" (BRASIL, 2009).

Relacionado a essa questão, em 2018 foi sancionada a Lei nº 13.714/2018 que garante assistência integral à saúde, bem como a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, independentemente de documentos que comprovem domicílio e/ou inscrição no SUS (BRASIL, 2018).

No entanto, a situação de rua ainda é banalizada ou tratada com descaso, incluindo-se a mídia jornalística que "reforça uma representação pejorativa do grupo; essa é mais uma forma de violência agregada a tantas outras que sofre esse segmento populacional" (RESENDE, 2017).

O Brasil não conta com dados atuais sobre a população em situação de rua. Segundo estimativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, baseada no Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), em 2015 havia 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (NATALINO, 2016). A ausência de dados reforça a invisibilidade desse grupo e dificulta a implementação de políticas públicas. A inclusão das pessoas em situação de rua no censo demográfico nacional ainda não foi garantida.

5 | CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo foram similares aos encontrados por outros autores e em alguns aspectos, pela pesquisa Nacional realizada em 2008, reafirmando as múltiplas causas que levam as pessoas a viverem em situação de rua.

As condições em que essas pessoas vivem determinam o processo saúde doença e como se cuidam, resultando em vulnerabilidades que não podem ser tratadas separadamente de questões como justiça e proteção social. A multicausalidade requer ações em diversas áreas, políticas públicas mais efetivas e inclusivas que possibilitem o resgate das condições de vida e saúde, da autoestima, da identidade das pessoas em

situação de rua.

Pesquisas futuras, mais aprofundadas, desenvolvidas nos municípios contribuirão para ampliar a visibilidade das pessoas em situação de rua e para fomentar políticas públicas voltadas para esse público. Sobretudo políticas sociais e de saúde que os atendam em suas reais necessidades.

Vale ressaltar a importância de dar voz a essas pessoas e mostrar como elas realmente são: suas potencialidades, expectativas, angústias, sonhos, necessidades. A vida na rua é um desafio inimaginável: dura, impessoal, desprovida de conforto e das necessidades humanas mais básicas. Em situação de extrema vulnerabilidade essas pessoas buscam na rua a identidade perdida.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 115–124, 2012

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Governo Federal. **Política nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Senado Federal.

BRASIL. Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Instituiu a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, Seção 1:16, 2009.

BRASIL. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. **Diário Oficial da União**. Brasíia, DF, Seção 1:3, 2018.

HINO, P; SANTOS, J; ROSA, A. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 732-40, 2018.

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: JODELET D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003. 256 p.

MELO, T. H. de A. **A Rua e a sociedade**: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1996.

MARTINS, B. Os problemas da população de rua: a saúde passa longe das ruas. **Revista Ser Médico** (CREMESP), São Paulo, v.57, n.14, p. 14, 2011.

MOREIRA, J.; PADILHA, M. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 748-759, 2015.

NATALINO, M.A.C. Estimativa da população em situação de rua. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2016 [acesso em 05 maio 2020]. (Texto para discussão, 2246). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf

PAIVA, I.,et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.8, p. 2595-606, 2016.

RESENDE, V. M. Gestão policial da pobreza: vulnerabilidade de pessoas em situação de rua aos rigores da ordem pública: um estudo do caso de Samir Ali Ahmed Sati. **Revista Cis** (Fundación Techo Chile), v. 14, n. 23, p. 15-31, 2017.

SASSE, C., OLIVEIRA, N. Pessoas em situação de rua. **Especial Cidadania** [Internet]. 28 mar. 2019 [acesso em 05 maio 2020]; (669). Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especial-cidadania-populacao-em-situacao-de-rua.

SILVA, A. C. R. et al. População e situação de rua: desafios, avanços legais e possibilidades. **Encontro de Iniciação Científica**, v. 8, p. 19, 2015.

VIEGAS, I. **Morar na rua**: um estudo sobre sobrevivência e identidade de pessoas sem-abrigo. Porto: Universidade do Porto, 2013.

CAPÍTULO 18

PERCEPÇÃO DO NUTRICIONISTA SOBRE O SEU PAPEL ENQUANTO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR – PNAE, NA V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Data de aceite: 01/02/2021

Graziele Édila da Silva
Universidade de Pernambuco
Campus Garanhuns
Pernambuco
https://orcid.org/0000-0001-9990-7187

Rosalva Raimundo da Silva
Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães
Fundação Oswaldo Cruz
Recife, Pernambuco
https://orcid.org/0000-0003-2096-9815

Élison Ruan da Silva
Universidade de Pernambuco
Campus Garanhuns
Pernambuco
https://orcid.org/0000-0001-7491-8824

Daniely Cordeiro da Cruz
Universidade de Pernambuco
Campus Garanhuns
Pernambuco
https://orcid.org/0000-0002-7398-5168

RESUMO: O Programa Nacional de Alimentação Escolar é uma estratégia importante para garantia do direito a alimentação saudável e a formação de hábitos alimentares adequados. Objetivo: compreender a percepção do nutricionista sobre o seu papel como responsável técnico do PNAE. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa qualitativa a partir de entrevistas semiestruturadas com cinco nutricionistas atuantes no programa no território da V Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco. Resultados: Os profissionais entrevistados em sua maioria trabalhavam a menos de cinco anos na área, com carga horaria inferior a recomenda por lei e atuavam apenas no Programa Nacional de Alimentação Escolar. Foi observado que as atribuições a serem executadas pela categoria dentro do programa são inúmeras, contudo nem todas são executadas, sendo pontudas pela maioria dos profissionais como atividades desenvolvidas: elaboração de cardápios, educação alimentar e nutricional, planejamento e distribuição de compras, teste de aceitabilidade, visita as escolas, avaliação nutricional, participação do processo de licitação e capacitação de merendeiros. Foi observado a compreensão que o nutricionista tem de sua relevância para o programa e sua satisfação em atuar na área, apesar dos diversos desafios encontrados na prática, sendo os mais citados, falta de profissionais, estrutura física, repasses financeiros e sensibilização dos gestores municipais. Conclusão: O nutricionista é primordial para efetiva execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar e que apesar das muitas dificuldades encontradas pelos profissionais para executar sua função na área, é observado uma satisfação por atuar no programa. Contudo, se faz necessário a adequação das condições de trabalho da categoria para que as atividades exigidas por lei sejam executadas com eficácia e eficiência, garantindo o funcionamento adequado do programa.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação Escolar. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.

Políticas Públicas de Saúde. Public Health Policy. Nutricionistas.

PERCEPTION OF THE NUTRITIONIST ABOUT HIS ROLE AS TECHNICAL MANAGER OF THE NATIONAL SCHOOL FEEDING PROGRAM - PNAE, IN THE 5TH REGIONAL HEALTH MANAGEMENT OF THE STATE OF PERNAMBUCO

ABSTRACT: The National School Feeding Program is an important strategy to guarantee the right to healthy eating and the formation of adequate eating habits. Objective: to understand the perception of the nutritionist about his role as technical manager of the PNAE. Methodology: A qualitative research was carried out through semi-structured interviews with five nutritionists working in the program in the territory of the 5th Regional Health Management of the state of Pernambuco. Results: The professionals interviewed mostly worked for less than five years in the area, with a workload below the recommended by law and worked only in the National School Meals Program. It was observed that the assignments to be performed by the category within the program are numerous, however not all are performed, being pointed out by most professionals as activities developed: menu development, food and nutrition education, planning and distribution of purchases, acceptability test , visits schools, nutritional assessment, participation in the bidding process and training of cooks. It was observed that the nutritionist has an understanding of his relevance for the program and his satisfaction in working in the area, despite the various challenges encountered in practice, the most cited being the lack of professionals, physical structure, financial transfers and awareness of municipal managers. Conclusion: The nutritionist is essential for the effective execution of the National School Meal Program and that despite the many difficulties encountered by professionals to perform their role in the area, satisfaction is observed for working in the program. However, it is necessary to adapt the working conditions of the category so that the activities required by law are carried out effectively and efficiently, ensuring the proper functioning of the program.

KEYWORDS: School Feeding. Nutrition Programs and Policies. Public Health Policy. Nutritionists.

1 | INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, oferece alimentação de qualidade e ações de educação nutricional para todos os alunos da educação básica, matriculados na rede pública de ensino, instituições filantrópicas e entidades comunitárias (FNDE, 2018).

O PNAE tem como diretrizes o direito a alimentação saudável e adequada, inclusão de educação alimentar e nutricional, universalidade, equidade, sustentabilidade, respeito a hábitos alimentares e participação social. Sendo seu objetivo contribuir para o desenvolvimento biopsicossocial, aprendizagem, melhorando o rendimento escolar e o favorecimento de prática de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2013). É o programa brasileiro de mais longa história com relação à segurança alimentar e nutricional (CHAVES, et al., 2013).

A fim de complementar o Decreto nº 37.106/1955 e garantir uma alimentação

de qualidade, o governo aprova em 12 de julho de 1994 a Lei nº 8.913, que dispõe da municipalização da Merenda Escolar, descentralizando o programa, ficando os municípios responsáveis pelo recebimento e gerenciamento dos recursos financeiros repassados pela União. Além de criar como forma obrigatória para esses repasses a criação dos Conselhos de Alimentação Escolar – CAE, sendo também a partir desta Lei, no Artº 4 oficializada a inserção do nutricionista no programa, como responsável pela elaboração dos cardápios (BRASIL, 1994).

Com o avançar do programa, a criação da Resolução/FNDE/CD nº32, normatizou o nutricionista como responsável técnico do PNAE, obrigando o mesmo a ser vinculado ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE (BRASIL, 2006).

Atualmente o PNAE é regulamentado pela Lei nº 11.942 de 16 de junho de 2009, juntamente com a Resolução/CD/FNDE nº 26 de junho de 2013, que dispõem sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do PNAE. A Lei nº 11.942/2009 e a citada Resolução reforçam que é de responsabilidade do nutricionista as ações de coordenação da alimentação escolar (BRASIL, 2009; 2013).

Tendo em vista que o nutricionista é um ator primordial na execução do PNAE, sendo o mesmo responsável por efetivar as ações propostas pelo programa, o CFN reformula as atribuições do profissional neste âmbito e estabelece os parâmetros numéricos mínimos de referência de profissionais. Além das competências do nutricionista, a Resolução nº 465/2010, também estabelece o nutricionista como o Responsável Técnico pelo PNAE e define o quantitativo numérico dos mesmos de acordo com a proporção de número de alunos matriculados e atendidos na rede pública de uma localidade (BRASIL, 2010).

O Programa Nacional de Alimentação Escolar é gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE e tem a finalidade de fornecer, através de transferências financeiras, de forma suplementar, uma alimentação de qualidade, que vise prover, parcialmente, as necessidades nutricionais dos escolares, matriculados na rede pública, durante todo período letivo (RIPP; DUTRA, 2017; BRASIL, 2018).

O PNAE foi criado como forma de amenizar a fome e a desnutrição que assolava grande parte da população do país na época, além de visar garantir um melhor rendimento e aprendizagem dos escolares, assegurando uma alimentação de qualidade que atenda as necessidades nutricionais específicas e promova hábitos alimentares saudáveis. Sendo o nutricionista o responsável pela execução do programa (BRASIL, 1955; 2009; 2013).

No Brasil pode-se afirmar que o PNAE é o programa social mais antigo voltado para a questão da alimentação e na promoção da SAN. Atualmente o governo federal repassa para os estados e municípios o valor per capita de R$ 0,36 centavos para os alunos de ensino fundamental e médio, R$ 0,32 para os alunos da Educação de Jovens e Adultos – EJA, R$ 1,07 para os alunos das creches e de ensino integral, R$ 0,53 para os estudantes da pré-escola e do atendimento educacional especializado e R$ 0,64 e 2,00 para os alunos de comunidades indígenas e quilombolas e estudantes de ensino médio em tempo integral,

respectivamente, tendo, portanto, os municípios e estados que complementar esse recurso, a fim de garantir as exigências do programa asseguradas por Lei (BRASIL, 2108; CESAR et al., 2018).

Diante do exposto e da fundamental importância do nutricionista neste contexto, o estudo teve como objetivo compreender a percepção do nutricionista sobre o seu papel enquanto responsável técnico do Programa de Alimentação Escolar – PNAE, na V Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco, a fim de conhecer as ações realizadas e as dificuldades encontradas pelo mesmo na implantação e execução deste programa, possibilitando, portanto, encontrar soluções para os problemas apontados e contribuir para uma maior efetivação e eficiência do PNAE.

2 I METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de campo do tipo qualitativa, que lida com as interpretações das realidades sociais (GASKELL, 2017) e tem por finalidade não estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado individual ou coletivo na vida das pessoas, interpretando-o segundo a percepção dos participantes e da situação, sem se preocupar com a representatividade numérica, relações lineares de causa e efeito. Sendo assim, o pesquisador está em contato direto com campo da pesquisa, para captar os comportamentos observados (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

O estudo foi realizado nos municípios com distância de até 35 Km do município sede da V Gerência Regional de Saúde - GERES do estado de Pernambuco e os quais tiverem maior facilidade de acesso. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em 2018 a V GERES possui 21 municípios (BRASIL, 2011). Dezenove, dos vinte e um municípios são classificados como tendo um baixo desenvolvimento, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. Em 2013 segundo o IBGE o somatório do PIB per capita da regional foi de R$ 6.100,38. Esta região também possui comunidades remanescentes de quilombos e aldeias de povos indígenas. Com relação à educação a região possui uma taxa de 49,84% da população alfabetizada, sendo maior a alfabetização no sexo feminino quando comparado com o masculino. Contudo apresenta uma porcentagem de 29,6% de analfabetismo, com pessoas de 15 anos ou mais de idade, sendo maior na população com mais de oitenta anos (SANTANA, et al., 2013; IBGE, 2018).

Em virtude dos critérios utilizados para o estudo foram selecionados seis, dos vinte e um municípios da V GERES, sendo eles: Angelim, Garanhuns, Jupi, Paranatama, São João e Terezinha. Estes municípios possuem uma população segundo o censo de 2010 do IBG de

192.365 habitantes e uma estimativa para 2017 de 205.596 habitantes. Com relação à educação possui uma taxa média de escolaridade nas faixas etárias de 6 a 14 anos de 96,51% (IBGE, 2018).

A população de estudo foi composta por profissionais nutricionistas que trabalhavam a pelo menos um ano no PNAE e atuavam nos municípios de Angelim, Garanhuns, Paranatama, São João e Terezinha. Foram realizadas tentativas por telefone e *in loco* de comunicação com o nutricionista de Jupi, contudo não houve sucesso no contato, portanto, não foi possível realizar a entrevista com este profissional. Ficando a amostra final composta pelos cinco profissionais (Garanhuns, Angelim, Paranatama, São João e Terezinha).

A coleta de dados foi realizada através da utilização de uma entrevista semiestruturada (GIL, 2008), contendo perguntas que visavam caracterizar os sujeitos desse estudo e questões norteadoras que auxiliaram a alcançar os objetivos estipulados. O processamento dos dados foi realizado através da transcrição das entrevistas e a apreciação dos dados foi efetivada pela análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Foi feita a codificação a partir das unidades de registros e na última etapa foi definida a categorização. Gerando assim quatro categorias, sendo elas: Atividades desenvolvidas pelo nutricionista no PNAE, desafios para exercer suas atividades na área da alimentação escolar, importância do nutricionista na execução do PNAE e satisfação de em trabalhar no PNAE.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade de Pernambuco, atendendo as exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo parecer 3.056.396.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados cinco nutricionistas dos municípios de Angelim, Paranatama, Garanhuns, São João e Terezinha, os quais fazem parte da V Gerência Regional de Saúde – GERES, do estado de Pernambuco, o que corresponde a 83,33% da amostra estipulada para o estudo. Sendo assim, podemos observar na Tabela 1, a caracterização com relação ao perfil de atuação dos nutricionistas entrevistados na pesquisa.

Variáveis	**N**	**%**
Tempo de atuação no Programa Nacional de alimentação		
1 a 1 ano e seis meses	2	40
2 a 5 anos	2	40
≥ 5 anos	1	20
Carga horária semanal		
30 horas	1	20
20 horas	3	60
≤ 20 horas	1	20
Atuação do nutricionista em outra área no município		
Sim	1	20
Não	4	80

Trabalha em outro município		
Sim	3	60
Não	2	40

Tabela 1. Caracterização do perfil de atuação dos nutricionistas entrevistados da V GERES do estado de Pernambuco, 2018.

Fonte: Elaborado pela autora através dos dados coletados com os entrevistados da presente pesquisa, Brasil, 2018.

Verificou-se que dos nutricionistas entrevistados o que tinha maior tempo de atuação na área da alimentação escolar dentro da rede municipal possuía sete anos de experiência e sendo o menor tempo de atuação de um ano e meio. Apenas um nutricionista trabalhava em mais de uma área de atuação dentro do município, sendo, alimentação escolar e a saúde. Três nutricionistas atuavam em outras cidades, sendo dois deles também no campo do PNAE e um na área da nutrição clínica.

Observou-se que o tempo de atuação dos nutricionistas entrevistados para o estudo é relativamente baixo, visto que apenas um profissional relatou possuir mais de cinco anos de experiência, resultados semelhantes foram observados em São Paulo, por Honório e Batista (2015) que dos 39 nutricionistas do estudo 61% trabalhavam a menos de cinco anos com alimentação escolar. Outra pesquisa realizada na região sul do Brasil, por Corrêa et al. (2017) também encontrou uma porcentagem parecida onde 75,9% dos profissionais tinham uma atuação no PNAE abaixo de cinco anos. Segundo Honório e Batista (2015) esse pouco tempo de experiência encontrado pode-se dar devido ao concernente pouco tempo em que o PNAE foi descentralizado, o que aumentou a demanda desses profissionais na área.

A maioria dos nutricionistas tem uma carga horária de 20 horas semanais na área de alimentação escolar nos municípios referente à pesquisa, o que é inferior ao preconizado pela resolução CFN 465/2010, que recomenda uma carga horária mínima de 30 horas semanais, tendo apenas um nutricionista que perfaz esse total de horas. Silva et al. (2018) encontraram resultado semelhante em seu trabalho, realizado em 214 municípios do estado de Goiás, onde puderam observar que a maioria dos nutricionistas entrevistados relatou possuir carga horária semanal inferior a 30 horas. Vieira, Corso e González-Chica (2014), observaram que está carga horária menor que a preconizada está associada a uma menor realização de atividades educativas e consequentemente uma menor efetividade nas ações desenvolvidas e também na omissão de algumas atribuições preconizadas.

O PNAE é a única área em que a maioria dos nutricionistas entrevistados atua nos municípios da pesquisa e mesmo quando trabalham em outras localidades a alimentação escolar continua sendo o local de atuação. Achados parecidos foram encontrados por Corrêa et al. (2017), que constatou que 73,3% dos nutricionistas no seu estudo não atuavam em outras áreas no município, concordando igualmente com Santos et al. (2018) que observou

em municípios de Tocantins que 71,4% dos nutricionistas só possuíam vinculo com a educação. Em contraponto pesquisa realizada na região Nordeste por Mello et al. (2012) observou que 70,5% dos nutricionistas atuavam em outras áreas além do PNAE, sendo a nutrição clínica e alimentação coletiva as mais prevalentes.

Com relação a trabalhar em outras cidades o estudo de Corrêa et al. (2017) se contrapõem ao encontrado na presente pesquisa, pois verificou que mais de 80% da população estudada só trabalhavam no município da pesquisa.

A análise de conteúdo obtida através das entrevistas durante a coleta de dados permitiu a criação das seguintes categorias: Atividades desenvolvidas pelo nutricionista no PNAE, importância do nutricionista na execução do PNAE, satisfação do nutricionista em trabalhar no PNAE e desafios do nutricionista para exercer suas atividades na área da alimentação escolar.

3.1 Atividades desenvolvidas pelo nutricionista no PNAE

A resolução do CFN 465/210 define as atribuições que o nutricionista deve executar enquanto profissional da área de alimentação escolar conferindo treze atividades obrigatórias e mais nove complementares. Na presente pesquisa onze atividades foram citadas como desempenhadas, sendo nove obrigatórias e duas complementares.

3.1.1 Elaboração de cardápio

Planejar, elaborar, acompanhar e avaliar o cardápio com base nos parâmetros exigidos pelo FNDE é uma das atribuições obrigatórias do nutricionista, neste ponto quatro dos profissionais entrevistados relataram que fazem esse planejamento: "*Fazemos planejamento de cardápio quase que mensalmente..."* (E1). "*Eu participo do planejamento do cardápio, né!*" (E2).

Estudos de Honório e Batista (2015), Corrêa et al. (2017) e Raphaelli et al. (2018), encontraram em suas pesquisas resultados iguais, onde está atribuição foi citada por quase totalidade dos entrevistados, listada como sendo uma das atividades mais importante. Esse achado pode ser observado provavelmente porque segundo a Lei n. 8.234/1991 é atividade privatista do nutricionista, planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar serviços de alimentação e nutrição, incluindo assim a elaboração de cardápio, prática também bastante lecionada no processo de formação do profissional. "...*da parte de alimentação propriamente dita que isso é uma atividade restrita pra nós"* (E1).

Além de ser uma competência estabelecida na resolução do CFN 465/210 e assegurada pela resolução 26/2013 do FNDE, que em seu capítulo V ressalta ser atribuição do nutricionista a confecção de cardápios e todas as suas implicações. Conforme ressalta um dos entrevistados em uma de suas falas: "*porque cabe a nós elaborar cardápio quali e quantitativo, é! Da forma adequada. Ééé! E fazer esse acompanhamento, acompanhamento de higiene, acompanhamento de, de cardápio*" (E5). *"...nenhuma outra categoria ela*

conseguiria atender às exigências do programa, né! *Adequação, a importância dos nutrientes e essa alocação deles dentro do cardápio, né!"* (E2).

Para Corrêa et al. (2017), apesar de os cardápios serem planejados pelos nutricionistas, nem sempre eles atendem aos parâmetros exigidos pela legislação, pois dificilmente leva em consideração o diagnóstico nutricional dos estudantes, referências nutricionais e perfil epidemiológico. Contudo a cultura alimentar da região é observado por todos os profissionais no processo de elaboração do cardápio. Sendo o mesmo resultado encontrado por Raphaelli et al*.* (2018) com relação a respeitar os hábitos alimentares locais.

3.1.2 Educação alimentar e nutricional

"Nós fazemos educação alimentar e nutricional" (E1). "*Faço... educação nutricional..."* (E3). Propor e realizar atividades de educação alimentar e nutricional também está dentro das atribuições obrigatórias do nutricionista. Dos cinco profissionais entrevistados quatro expuseram que realizam essa atividade. Em estudo qualitativo realizado por Honório e Batista (2015), no estado de São Paulo, foi observado que a atividade citada como a mais importante pelos nutricionistas foi à execução de educação alimentar e nutricional, citada por 64% dos profissionais. Silva et al. (2018) encontraram uma porcentagem de 91,1% de execução de educação alimentar e nutricional no total de municípios pesquisados.

A realização de ações de educação alimentar e nutricional estão descritas como competência do nutricionista tanto na resolução do CFN 465/210, quanto na resolução 26/2013 do FNDE, além de ser uma ação privativa desta categoria a coordenação destas ações, segundo a Lei n. 8.234/1991. Portanto, segundo Honório e Batista (2015) essas ações de educação alimentar realizam papel primordial no elo do nutricionista como profissional de saúde e ator fundamental no processo de garantir a promoção da segurança alimentar e nutricional e a formação de hábitos alimentares saudáveis, sendo estes uns dos fatores pelos quais os nutricionistas em sua maioria realizam esta atividade com frequência. Corroborando com a fala de um dos entrevistados: "*Então só o profissional de nutrição conseguiria fazer esse tipo de trabalho, né! Além dê a gente saber da importância desse incentivo a alimentação saudável*" (E2).

Contudo, para Silva et al. (2018), é importante ressaltar que as atividades de educação alimentar e nutricional não devem ser exclusivas do nutricionista, este profissional deve estar presente como articulador e coordenador desta iniciativa, porém sua realização deve perpassar outros atores sociais, como gestores escolares, coordenadores e professores, sem a atuação desses profissionais neste projeto sua eficácia é bastante comprometida. Pode-se observar está articulação na fala de um dos entrevistados: *"Participo... das reuniões de coordenação para planejamento e inserção do tema educação nutricional dentro da grade curricular, é, a gente tem esse movimento dentro deste município que eu trabalho* (E2)".

Lembrando que as ações de educação alimentar e nutricional devem levar a construção coletiva de conhecimento através de problematizações das vivências encontradas no meio social, favorecendo assim, o diálogo entre os grupos, deixando de ser apenas atividades pedagógicas pontuais e tradicionais, segundo Silva et al. (2018) que também observaram no mesmo estudo que a presença de nutricionistas aumenta a chance da realização de educação alimentar e nutricional no ambiente escolar.

3.1.3 Planejamento e distribuição de compras

A resolução do CFN 465/210, expõe como atividade obrigatória do nutricionista planejar, orientar e supervisionar as ações de seleção, compra, armazenamento, produção e distribuição dos alimentos destinados ao PNAE. Portanto, no presente estudo 80% dos nutricionistas entrevistados relataram realizar está atividade: "*Eu participo... do planejamento de compra e fiscalização desse recebimento da compra"* (E2). "*Eu faço... pedido, recebo o pedido, às vezes faço entrega também..."* (E4).

Mello et al. (2012), observaram como uma das atividades mais executadas pelos nutricionistas, a participação no processo de aquisição de gêneros alimentícios, sendo estatisticamente mais significativo essa execução nos nutricionistas que tinham um maior tempo de atuação na área de alimentação escolar e sendo um dos fatores para elaboração do cardápio mais executado e supervisionado. Corrêa et al. (2017) encontraram dados semelhantes apresentando um percentual de 96,6% de nutricionistas atuantes no planejamento, supervisão e orientação no processo de compra, armazenamento e distribuição dos alimentos. Visto que este processo deve respeitar o cardápio elaborado, o envolvimento do nutricionista se torna indispensável.

3.1.4 Teste de aceitabilidade

Dois dos nutricionistas entrevistados relataram o teste de aceitabilidade como ações desenvolvidas e um dos outros profissionais entrevistados relatou a pretensão da sua aplicação no presente ano: *"pretendemos esse ano realizar o teste de aceitabilidade*" (E1). "*Faço a aplicação do teste de aceitabilidade"* (E5). Ao elaborar e executar os cardápios escolares deve se observar diversos fatores, sendo o teste de aceitabilidade um deles, pois a não aceitação de uma refeição gera desperdício de alimentos e recursos públicos, além de dificultar que os objetivos do PNAE sejam alcançados, segurança alimentar, manutenção e melhora do estado nutricional dos escolares e criação de hábitos alimentares saudáveis, conforme é ressaltado na fala de um dos entrevistados: "*Participo do teste de aceitabilidade que é uma determinação do programa para analisar esses, essas aceitabilidade do cardápio"* (E2).

Estes fatos foram observados em um estudo de revisão sistemática realizado por Oliveira e Vassimon (2012) que avaliou a aceitação do PNAE pelos alunos. Outro

ponto importante que o estudo anterior salientou foi à aplicação do teste como fator para retirada de alimentos não aceitos e a valorização das preparações bem aceitas, o que pode ser observado também em uma das falas dos entrevistados: "...*de como tá sendo essa aceitação, se os alunos estão conseguindo ter uma boa aceitação"* (E5). Além de permitir a obtenção de dados que contribuam para ações de educação nutricional, visto que nem sempre a retirada de um alimento é benéfica, pois este pode ser primordial para o desenvolvimento humano, portanto, a educação nutricional contribui neste processo de adesão.

Observada a importância da aplicação do teste de aceitabilidade como garantia de uma execução efetiva do PNAE, o Conselho Federal de Nutricionistas em sua resolução 465/2010, elencou está atividade como obrigatória. Contudo Corrêa et al. (2017) ressaltaram que apesar de ser uma atividade de suma importância, 25,9% dos nutricionistas entrevistados não realizavam esta atividade. Na presente pesquisa, a porcentagem encontrada foi mais elevada, 40% dos profissionais não relataram desempenhar esta atividade.

3.1.5 Visita às escolas

"Faço visita nas escolas de supervisão" (E4). Corrêa et al. (2017) afirmaram que para um bom cumprimento das ações planejadas e para garantir uma prática higiênica sanitária segura na produção das refeições, se faz necessário a supervisão direta do nutricionista, pois este é o profissional habilitado para assessorar no que diz respeito a assuntos de nutrição e dietética e no controle de qualidade dos produtos alimentícios, conforme preconiza a Lei n. 8.234/1991.

Para que esta função seja desempenhada satisfatoriamente a realização de visita às unidades escolares se torna ferramenta primordial, pois é através delas que se pode conhecer a realidade com a qual vai ser trabalhada e partir dela traçar ações efetivas para solução de possíveis problemas, a fim de garantir uma execução da alimentação programada e sendo a mesma segura. Pode-se observar essa prerrogativa na fala de um dos nutricionistas entrevistados: *Eu faço visita às escolas pra vê a questão de higienização do local, a higienização das merendeiras, como tá sendo a preparação e se elas estão seguindo o cardápio*" (E5). Devido a sua importância está atividade é descrita como obrigatória nas atribuições do nutricionista do PNAE, portanto três dos cinco nutricionistas entrevistados relataram realizar está obrigação: "*Faço visita às escolas*" (E3). Corrêa et al. (2017) observaram que 99,1% dos nutricionistas responsáveis técnicos pela merenda cumpriam esta tarefa.

3.1.6 Avaliação nutricional

Apenas dois nutricionistas referiram que realizavam avaliação nutricional: "*Nós também fazemos, fizemos, já, e vamos continuar este ano, avaliação nutricional*" (E1).

Conhecer a população na qual você trabalha e seu estado nutricional é de fundamental importância para o desenvolvimento eficaz de outras ações no PNAE, como a elaboração de cardápios e as atividades de educação alimentar, conforme descrevem Corrêa et al. (2017), que em contraponto ao presente estudo encontrou em sua pesquisa um total de 93 nutricionistas que desenvolviam esta ação, o que representou 80,2%, do total da amostra. Informações que não corroboram com os achados de Mello et al. (2012), em que 43% dos nutricionistas não realizavam esta atividade.

Gabriel, Goulart e Calvo (2015) observaram que as ações de avaliação nutricional são muito mais eficazes quando desenvolvidas em conjunto com o setor saúde, o que permitiu que os dados antropométricos dos escolares fossem coletados anualmente no estado de Curitiba. Este conceito de parceria também foi relatado pelo segundo nutricionista que realiza esta ação: "*Eu participo da parte de avaliação antropométrica e diagnóstico nutricional junto do programa PSE que é o saúde na escola"* (E2).

Um dos nutricionistas entrevistados apesar de não realizar avaliação nutricional, sabia que esta atividade perfaz as atribuições obrigatórias da categoria neste programa, portanto, o mesmo justificou o porquê da supressão desta ação:

> Infelizmente avaliação nutricional eu não tenho condições de fazer... Porque são muitos alunos e só existe eu no município, né! Como nutricionista do PNAE, então realmente fica inviável, ééé! Não tem como fazer e também não teria como encaminhar esses alunos que tivessem algum problema, que fosse detectado algum problema, é, pra ter um acompanhamento nutricional posteriormente (E3).

Gabriel, Goulart e Calvo (2015) também observaram em seu estudo que nenhuma das capitais estudadas tinham a rotina de encaminhar os escolares para unidades de saúde.

3.1.7 Participação no processo de licitação da merenda escolar

"Eu dou auxilio na licitação" (E3). Outra atividade obrigatória a ser desenvolvida pelo nutricionista no PNAE é a participação no processo de licitação, visto que é sua responsabilidade definir as especificações e quantidades dos itens a serem licitados e produzir laudo técnico dos produtos alimentícios ganhadores do processo, conforme preconiza a resolução CFN 465/210. Está atividade foi listada como executada por 40% dos nutricionistas da presente pesquisa: "*Eu participo da parte de licitação...tanto na indicação de itens e quantidades, quanto na análise das amostras que chegam desse processo..."* (E2).

Corrêa et al. (2017) encontraram uma porcentagem maior com relação a nutricionistas que participavam do processo de licitação e da compra da agricultura familiar, 89,7%.

3.1.8 Capacitação de merendeiros

Apenas dois nutricionistas relataram realizar capacitações com os merendeiros:

“*Faço... capacitação de manipuladores de alimentos”* (E3). Está atividade está dentro das atribuições complementares da categoria. Contudo, sua importância é relatada por Gabriel, Goulart e Calvo (2015) a descrevendo como crucial para manter a qualidade e padronização das refeições “*O nutricionista também tem habilidade para capacitar e fiscalizar em relação às boas práticas de fabricação”* (E3). Nesta perspectiva, no estudo de Honório e Batista (2015) foi observado que os nutricionistas entrevistados se mostraram bastante consciente da necessidade de aprimoramento constante dos manipuladores de alimentos. Contudo, Gabriel, Goulart e Calvo (2015) encontraram resultados que corroboram com o presente estudo, das três capitais analisadas apenas uma realizava curso introdutório para manipuladores.

3.1.9 Outras atividades desenvolvidas pelo nutricionista no PNAE

Outras duas atividades obrigatórias do nutricionista no PNAE, a elaboração e implantação do manual de boas práticas, juntamente com os Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s e a participação no processo da chamada pública foram relata apenas por um nutricionista, não sendo o mesmo entrevistado para as duas respostas. “*Fizemos também, implantamos o Manual de Boas Práticas, POP’s”* (E1). Corrêa et al. (2017) observaram que menos da metade dos municípios estudados, possuíam o manual de boas práticas, mesmo sendo este um instrumento importante para garantir a segurança da alimentação ofertada, pois este aliado aos POP’s fornece um arcabouço de material didático à respeito das boas práticas higiênico-sanitárias.

Com relação à chamada pública, Mossmann e Teo (2017) ao estudarem oito municípios de Santa Catarina, ressaltaram a importância do nutricionista na elaboração da chamada pública e na compra dos produtos da agricultura familiar, sendo este profissional em muitos casos o responsável por todo o processo, inclusive a pesquisa da vocação agrícola do local, diálogo com os agricultores e inserção e compra de produtos oriundos desta prática na alimentação escolar, conforme preconiza a Lei n. 11.947/2009. Segundo o estudo o nutricionista, portanto, é o principal ator que entende e efetiva as ações da agricultura familiar que são exigidas na lei acima citada, fomentando assim o desenvolvimento da economia local e colaborando para a diminuição do êxodo rural, além de promover a criação de hábitos alimentares saudáveis.

> “Eu participo da... chamada pública, né! Tanto na indicação dos itens e quantidades, quanto na análise das amostras que chegam desse processo eu faço também as reuniões e capacitações... da agricultura familiar quando necessário, o sorteio de item, enfim quando tiver necessidade” (E2).

Com relação às demais atividades obrigatórias, como elaboração do plano anual de trabalho e de ficha técnica, cardápio para indivíduos com necessidades específicas e assessoramento ao Conselho de Alimentação Escolar, incluindo as atividades

complementares, não foram citadas pelos nutricionistas entrevistados. Sendo muitas dessas ações de extrema importância, pois algumas norteiam a correta execução de outras atividades que foram citadas como desenvolvida. Além de serem ferramentas primordiais para eficácia do programa.

3.2 Importância do nutricionista na execução do PNAE

Todos os nutricionistas entrevistados relataram que achavam importante a sua participação na execução do PNAE. Sendo este o profissional indispensável, fundamental, obrigatório, habilitado e peça chave para o efetivo desempenho do programa.

> Eu acho que é indispensável, o papel do nutricionista é! Dentro das atribuições do programa, é um programa que ele não funcionária sem o profissional de nutrição, porque nenhuma outra categoria ela conseguiria atender às exigências do programa, né!... é tanto que hoje a obrigatoriedade dele é reconhecida porque não tem como existir o programa sem ter um nutricionista, né! (E2).

> Porque o nutricionista ele é o profissional responsável pela, o profissional habilitado pra resolver as questões de alimentação e segurança alimentar e nutricional, tanto no âmbito, qualquer tipo de âmbito que se refira a uma alimentação de atividade coletiva (E4).

"Eu acho que o nutricionista é a peça chave" (E5). A Medida Provisória nº 2178-36/2001, a Lei n. 11.947/2009 e a resolução 26/2013 do FNDE definem o nutricionista como o responsável técnico pelo PNAE, sendo ele o profissional habilitado para executar as mais diversas diretrizes e objetivos do programa, em vista que as atividades a serem desenvolvidas perpassam o saber técnico profissional desta categoria.

> Olhando e tecnicamente falando o programa ela não funciona sem o olhar, sem a gestão de um nutricionista, porque, primeiro que, eu acho que nós somos os profissionais que vamos ter assim aquele cuidado com os alimentos, fora todos aqueles cuidados[...] sem sombra de dúvida, é imprescindível. Completamente, muito! Muito! Importante, porque eu acho que talvez nenhum outro profissional de nenhuma outra área consiga ter a visão de gestão, de saúde, de comunicação e de tudo como os nutricionistas, eu acho (E1).

> É tanto que pra existir o PNAE, ééé! No município ou no estado, enfim, é obrigatório ter a presença do nutricionista, porque o nutricionista ele é o responsável técnico pelo programa. Então, o nutricionista ele é treinado durante a graduação para exercer, né! Nas diversas áreas do PNAE, que o PNAE necessita. Então, ele é habilitado para fazer os cardápios adequados nutricionalmente, é, fazer avaliação nutricional, fazer educação nutricional, ééé! [...]Então o nutricionista é importantíssimo para o PNAE, é tanto que é obrigatório a presença do nutricionista no programa (E2).

Pode-se notar pelas falas dos entrevistados a notória percepção que os nutricionistas têm de sua responsabilidade e de sua importância para a efetividade do programa, em

estudo realizado por Bezerra et al. (2013), foi constatado que a contratação e atuação de nutricionista é a condição básica para execução do programa e que a sua ausência é uma das grandes dificuldades encontradas no PNAE. Corroborando com os achados de Mossmann e Teo (2017), que definem o nutricionista como elemento-chave para execução de todas as etapas da lei do PNAE.

Segundo Santos, Costa e Bandeira (2016), a partir de 2003 foi reafirmado o papel do nutricionista como responsável técnico pela alimentação escolar nos estados, municípios, Distrito Federal, pois com a ausência deste profissional os alunos se tornam expostos ao risco de consumirem alimentação contaminada ou imprópria.

Pode-se reafirmar a importância deste profissional também por Felismino Filho e Targino (2017) que em pesquisa realizada com escolares do município de Nova Olinda – PB, ao perguntarem sobre a importância do nutricionista, os mesmos afirmam que seu valor está na prática de merenda saudável, na elaboração de cardápios variados e na produção de uma refeição apropriada.

3.3 Satisfação do nutricionista em trabalhar no PNAE

No decorrer da pesquisa também foi questionado sobre a satisfação que o nutricionista possui em trabalhar na área de alimentação escolar. Este questionamento surgiu no processo de entrevista de quatro dos cinco nutricionistas. Pode-se, portanto, perceber que apesar de todas as dificuldades, do grande número de atribuições e da sua sobre carga de responsabilidade em frente à execução do programa, a grande maioria dos nutricionistas gostam de trabalhar na área, apenas um relata não gostar de fato de atuar no PNAE.

> Sinto, é engraçado, porque apesar de muitas dificuldades assim, é! Você saber que você tem desafios e que só você e sua categoria podem enfrentá-los e resolve-los é gratificante. Eu posso dizer que eu já tive muitos problemas trabalhando, né! Desde de 2011 no programa, mas eu posso dizer que eu consegui avanços e quando você chega na escola que você vê que as coisas começam a funcionar aí é muito gratificante e eu posso dizer assim que eu, hoje eu trabalho no programa nacional de alimentação escolar, e eu quero continuar nele, sabe, eu não penso em sair dessa área da alimentação escolar e principalmente trabalhando com PNAE... (E2).

“Eu particularmente adoro. Assim, gosto muito, porque o PNAE eu acho que é a área da nutrição que mais envolve todas as áreas da nutrição... pra mim o PNAE é o, a área *da nutrição mais completa, assim, com todas as atribuições do nutricionista”* (E3). O resultado encontrado corrobora com os achados de Honório e Batista (2015) onde 59% da amostra de profissionais referiram não pensar em mudar de área de atuação apesar das dificuldades serem muitas. Sendo está declaração pautada na afinidade com o trabalho que fazem, por gostarem do dinamismo da área e dos desafios e conquistas do programa. Além da satisfação com os resultados obtidos.

3.4 Desafios do nutricionista para exercer suas atividades na área da alimentação escolar

Os desafios para executar as atividades previstas em lei são inúmeros. Na presente pesquisa os nutricionistas entrevistados citaram dez desafios encontrados para exercer a sua prática profissional nos municípios em que atuam. Sendo os mais relatados: baixo repasse financeiro por parte do FNDE e muitas vezes falta da contrapartida nesse repasse por parte dos municípios, dificuldades com a sensibilização da gestão do município com relação à importância do programa e quadro insuficiente de nutricionistas.

3.4.1 Repasse financeiro

O repasse financeiro foi o desafio mais citado pelos nutricionistas entrevistados. Visto que em sua maioria os municípios não complementam o dinheiro enviado pelo FNDE, mesmo a Lei n. 11.947/2009 definindo este recurso como caráter suplementar, tendo que os municípios adentrarem com a contrapartida, *Eu acredito que o maior desafio é a quantidade de dinheiro que vem né (E4).*

> O principal deles é a questão financeira realmente, então, o nosso recurso ele é muito pequeno, contamos apenas com o recurso que o FNDE manda, ééé! Só algumas vezes em que tem a contrapartida, quando realmente passa do valor, mas dificilmente, acontece isso ééé! Então por exemplo, a gente quer que o cardápio fique o melhor possível, né! Então não tem condições de, por exemplo, colocar frutas todos os dias, que seria o ideal. Então a gente tem realmente, esse, ééé! Esse problema com a questão financeira (E3).

Pode-se observar pelas falas que a falta de recurso financeiro dificulta o atendimento adequado das necessidades nutricionais determinadas pelo programa, fazendo com que a qualidade dos cardápios não seja a preconizada, além de prejudicar no processo de formação de hábitos alimentares saudáveis. Esses dados foram confirmados por Raphaelli et al. (2018) que constataram que o repasse do FNDE é considerado baixo para a produção de refeições e a ausência de contrapartida financeira por parte dos municípios leva a uma falta de preocupação na elaboração de cardápios que seguem as recomendações nutricionais exigidas.

Em contrapartida Gabriel, Goulart e Calvo (2015) observaram uma maior contrapartida por parte dos municípios estudados em comparação com repasse oriundo do FNDE, podendo este fato ter ocorrido devido o conhecimento por parte da gestão da importância do recurso na execução do programa. Sendo, portanto, primordial a sensibilização dos gestores envolvidos no processo. *A questão financeira, né! A a gente é muito refém de valores, de repasses e tem que sensibilizar a gestão dentro dessa, desse, esse, acréscimo, né! Do valor que vem do FNDE para poder a gente conseguir fazer um cardápio de acordo com o programa rege, né! (E2).*

3.4.2 Gestão municipal

A dificuldade do apoio da gestão para realização integral do PNAE e a ausência de conscientização do gestor da importância do programa, foi relatado como um grande desafio por dois dos nutricionistas entrevistados:

> E também outro desafio muito importante que eu acho é a gente conseguir mostrar as gestões, aos gestores municipais à importância de um investimento, de um cuidado mesmo com o setor de merenda, com o setor da alimentação, porque percebesse muito que não é, não é valorizado, não é uma coisa que parasse para pensar naquilo, dizer: Eita! Não! Pode-se melhorar ali! Não, infelizmente não existe isso. Então é um desafio muito grande a gente conseguir mostrar a um gestor público que ali é o caminho e a gente consegue, sim, mudar, e agente consegue melhorar (E1).

"*...eu acredito que um dos maiores desafios é você conseguir convencer a gestão da importância dele e das anuâncias que ele exige, né! E aí! Essa articulação com a gestão é delicada, né! Pra você conseguir exercer tudo que você precisa exercer do programa*" (E2). No estudo realizado por Scarparo et al. (2013) com 118 nutricionistas que participaram do processo de formação do Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição do Escolar – CECANE da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pode-se observar resultados semelhantes ao da presente pesquisa, onde a maior parte das dificuldades encontradas se concentra na gestão de pessoas, em sua resistência em mudanças.

Sendo os gestores estaduais e municipais citados pelos nutricionistas como um dos principais desafios, visto que não valorizam o programa e não possuem conhecimento sobre o trabalho do profissional de nutrição, o que acarreta em ausência de autonomia e falta de apoio para desenvolver as atividades. Segundo Corrêa et al. (2017) é necessário que o vínculo entre o nutricionista, a Entidade Executora e o gestor seja fortalecido, através do diálogo e ações que exponham as atividades do profissional de nutrição e mostrem a verdadeira identidade do programa, além de colaborar para a formação do conhecimento em relação às atribuições que devem ser executadas pelo nutricionista no PNAE, portanto, a gestão deve garantir as condições de trabalho para que o profissional possa exercer suas atividades.

3.4.3 Quadro insuficiente de nutricionistas

Os parâmetros numéricos de nutricionistas atuante no PNAE de acordo com a quantidade de alunos na rede de ensino não são aplicados na realidade dos municípios estudados, Gabriel, Goulart e Calvo (2015) observaram déficit no quadro de nutricionistas nas três capitais estudadas. Dados semelhantes foram encontrados por Corrêa et al. (2017) onde 71,6% dos municípios estudados se encontravam com quadro inadequado de nutricionistas. Estes achados concordam com os relatos dos nutricionistas do presente estudo, "*Eu acho que o primeiro e principal desafio que a gente encontra é a falta de*

nutricionistas para auxiliar, porque nós temos uma rede muita vasta... e nós temos apenas dois nutricionistas, então!"(E1). "*S*ó existe eu como nutricionista no PNAE, aqui no município, e, é, deveriam ter acredito que mais ou menos mais umas, uns quatro nutricionistas pra poder realmente dar continuidade ao trabalho de forma excelente, né*."*(E3). Raphaelli et al. (2018) e Pedraza et al. (2018) relatam que a não adequação do número de nutricionistas pode levar o não cumprimento de todas as atividades previstas por lei, além de uma sobrecarga laboral desses profissionais o que prejudica a eficácia do programa. "*Tem muitas atividades que não dá pra gente desenvolver ou que não dá pra gente desenvolver com uma certa eficácia, então! Esse sem dúvida é um dos principais desafios"* (E1).

3.4.4 Outros desafios encontrados pelo nutricionista no PNAE

Outros desafios foram relatados pelos nutricionistas com menor frequência: baixos salários, ausência de interação com outras secretarias, dificuldade na interação com os merendeiros, falta de condições adequadas de trabalho (sistemas informatizados e equipamentos), centralização das ações e formação de uma boa equipe.

Com relação ao baixo salário oferecido aos nutricionistas atuante no PNAE, Mello et al. (2012) apontaram que os profissionais estudados encontravam-se em situação salarial inferior quando comparado com os nutricionistas de outras áreas em diferentes regiões do país está diferença financeira leva os nutricionistas a acumular responsabilidades a fim de obterem melhores salários, o que pode afetar o bom desenvolvimento do PNAE. Gabriel et al. (2014) afirmam que o piso salarial está defasado gerando descontentamento por parte dos profissionais. Outro ponto a ser discutido é a importância de outros atores que não atuam diretamente com a área, mas são essenciais para que muitas atividades sejam realizadas dentro do programa, contudo está interação de profissionais de diferentes secretarias é apontada como um desafio por Honório e Batista (2015).

Para Gabriel et al. (2014) apesar desta interação ser bem compreendida pelos nutricionistas sua aplicação é pouco desempenhada. O que se pode constatar na fala de um dos nutricionistas entrevistados no presente estudo: "É... apoio de outras secretarias, como secretaria *de saúde, apoio de alguns colegas profissionais da área de saúde pra que a gente junto possa desenvolver trabalhos junto com as escolas*" (E5).

Outra dificuldade no ramo de interação ocorre com relação aos manipuladores de alimentos, segundo Scarparo et al. (2013) esse desafio no relacionamento de nutricionistas e merendeiros leva a um problema de comunicação e resistência na aplicação das boas práticas de higiene. Honório e Batista (2015) relataram como a dificuldade mais prevalente a relação com os merendeiros e a sua gestão, citando como maiores problemas: o baixo comprometimento com a função e a falta de conhecimentos técnicos. Tendo o nutricionista que estabelecer estratégias para administrar os conflitos, melhorar as condições de trabalho, capacitar os profissionais e manter boa rede de colaboração. Sua atuação,

portanto, é essencial uma vez que interagem diretamente com os estudantes, formando vínculos e conhecendo melhor os seus hábitos alimentares, podendo assim contribuir para a formação de hábitos mais saudáveis (PEDRAZA et al., 2018), fala semelhante foi encontrada na fala de um dos entrevistados: "*Eu acredito que um segundo desafio é você conquistar, é! As merendeiras no sentido que a importância que elas têm no papel de produção, né! [...] Eu sinto muitadificuldade delas entenderem que elas são agentes promotoras desse conhecimento"* (E2).

Todos os desafios citados atrapalham a aplicação e o bom funcionamento do PNAE, levando o nutricionista a procurar condições que viabilize a melhor forma de execução do PNAE dentro da realidade ofertada. Além de contribuir para um desgaste profissional o que repercute negativamente na atuação do programa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Nacional de Alimentação Escolar tem uma longa trajetória de conquistas e desafios. A inserção do nutricionista neste processo se tornou um marco fundamental para a apropriada execução do programa. As dificuldades encontradas para aplicabilidade do PNAE por parte do nutricionista são inúmeras, tendo este que se adaptar a realidade, por muitas vezes desfavorável e inadequada, a fim de realizar, mesmo que de forma precária, alguma ação preconizada pelo programa.

O nutricionista é de suma importância na garantia de todo o processo do PNAE, sendo este valor também observado pela categoria. Que apesar de todas as dificuldades enfrentadas relatam seus papeis no programa como gratificante e primordial.

A atuação do nutricionista na alimentação escolar tem papel fundamental para a mudança dos hábitos alimentares e na formação de práticas mais saudáveis, gerando e mantendo as condições de saúde dos indivíduos atendidos por este programa. Contudo para que este processo ocorra de fato é preciso que as condições de trabalho do profissional sejam melhoradas, especialmente no que se refere ao número de nutricionista na rede de ensino, diminuindo assim a sobrecarga de trabalho e dando a estes subsídios adequados para sua efetiva atuação.

Entretanto, pode-se observar a necessidade de mais estudos sobre o tema, objetivando conhecer melhor a realidade do programa e da atuação do nutricionista neste contexto, a fim de proporcionar reflexões sobre as dificuldades encontradas, colaborando para o processo de implementações de resoluções.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. Definições e relações com as outras ciências. In: BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona, 1977. p. 27-46.

BARDIN, Laurence. Organização da análise. In: BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona, 1977. p. 95-102.

BRASIL, Decreto n. 37.106, de 31 de março de 1955. Institui a campanha de merenda escolar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1955.

BRASIL, Lei n. 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 1991.

BRASIL, Lei n. 8.913, de 12 de julho de 1994. Dispõe sobre a municipalização da merenda escolar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1994.

BRASIL, Medida Provisória n. 2178-36 de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros do Programa Nacional de Alimentação Escolar, institui o Programa Dinheiro Direto na Escola, institui programas de apoio da União às ações dos Estados e Municípios, voltadas para o atendimento educacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Resolução/FNDE/CD n. 32, de 10 de agosto de 2006. Estabelece as normas para execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

BRASIL, Resolução CFN n. 465, de 23 de agosto de 2010. Dispõe sobre as atribuições do nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e da outras providências. **Conselho Federal de Nutricionista**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Plano territorial de desenvolvimento rural sustentável do agreste meridional de Pernambuco. **Ministério do Desenvolvimento Agrário**, 2011.

BRASIL, Resolução/CD/FNDE n. 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar ao alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. **Senado Federal**: Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL, Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Sobre o PNAE**. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/programas- suplementares/pnae-sobre-o-programa/pnae-sobre-o-pnae>. Acesso em: 13 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Histórico.** Disponível em:http://www.fnde.gov.br/programas/programas-suplementares/pnae- sobre-o-programa/pnae-historico>. Acesso em: 16 de maio de 2018.

BRAZIL, Jamille M.; DUARTE, Ana C.. Estudos sobre alimentação de escolares panorama brasileiro. **Rev. Saúde.com**, Bahia, v. 14, n. 1, p. 1015-1023, 2018.

BEZERRA, Olivia M. P. A., et al. Promoção da aquisição de produtos da agricultura familiar para a alimentação escolar em territórios da cidadania de Minas Gerais e Espirito Santo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 335-342, 2013.

CESAR, Josiane T., et al. Alimentação Escolar no Brasil e Estados Unidos: uma revisão de literatura. **Ciências& Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 991-1007, 2018.

CHAVES, Lorena G., et al. Reflexões sobre a atuação do nutricionista no Programa Nacional de Alimentação Escolar no Brasil. **Ciências& Saúde Coletiva**, Santa Catarina, v. 18, n. 8, p. 917-926, 2013.

CORRÊA, Rafaela S., et al. Atuação do nutricionista no Programa Nacional de Alimentação Escolar no região sul do Brasil. **Ciências& Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 22, n. 2, p. 563-574, 2017.

FELISMINO FILHO, José, TARGINO, Mayra V. P. Influência da merenda escolar na construção de hábitos alimentares saudáveis e o papel do nutricionista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Paraíba, v. 8, p. 602-608, 2017.

GABRIEL, Cristine G., et al. Proposta e aplicabilidade de modelo para avaliação da gestão municipal do Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1731-1744, 2014.

GABRIEL, Cristine G., GOULART, Gabriela, CALVO, Maria C. M. Gestão municipal do Programa Nacional de Alimentação Escolar nas capitais da região sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 6, p. 667-680, 2015.

GIL, Antonio C. Entrevistas. In: GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora atlas S.A., 2008. p. 109-120.

HONÓRIO, Andréa R. F.; BATISTA, Sylvia H. Percepções e demandas de nutricionistas da alimentação escolar sobre sua formação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 473-492, 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

MELLO, Adriana L., et al. Perfil do nutricionista do Programa Nacional de Alimentação Escolar na região nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 119-132, 2012.

MOSSMANN, Márcia P., TEO, Carla R. P. A. Alimentos da agricultura familiar na alimentação escolar: percepções dos atores sociais sobre a legislação e sua implantação. **Interações**, Campo Grande, v. 18, n. 2, p. 31-43, 2017.

OLIVEIRA, Michele C., VASSIMON, Helena S. Programa Nacional de Alimentação Escolar e sua aceitação pelos alunos: uma revisão sistemática. **Investigação**, São Paulo, v. 12, p. 4-10, 2012.

PEDRAZA, Dixis F., et al. Avaliação do programa Nacional de Alimentação escolar: revisão de literatura. **Ciências& Saúde Coletiva**, Campina Grande, v. 23, n. 5, p. 1551-1560, 2018.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. **V Geres**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de- coordenacao-geral/v-geres>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

RAPHAELLI, Chirle O., et al. Adequação numérica de nutricionista, perfil de cardápios, número de alunos nos serviços de alimentação escolar do sul do Rio Grande do Sul. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 39, n. 1, p. 9-18, 2018,

RIPP, Rita I. P. P.; DUTRA, Eduardo G.. Manifestações concretas do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) no município de Santiago – RS. **Revista de Administração e Negócios da Amazônia**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 2, p. 83-103, 2017.

SANTANA, Maria C., et al. **Análise situacional da V Região de Saúde de Pernambuco**, Garanhuns, 2013.

SANTOS, Sérgio R., COSTA, Maria B. S., BANDEIRA, Geovanna T. P. As formas de gestão do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). **Revista Salud Pública**, Paraíba, v. 18, n. 2, p. 311-322, 2016.

SANTOS, Viviane F., et al. Monitoramento das entidades executoras municipais do estado de Tocantins: um foco no Programa Nacional de Alimentação Escolar. **R. Interd**, Tocantins, v. 11, n. 2, p. 55-91, 2018.

SCARPARO, Ana L. S., et al. Formação para nutricionistas que atuam no Programa Nacional de Alimentação Escolar: uma avaliação da efetividade. **Ciências& Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 4, p. 1001-1008, 2013.

SILVA, Déborah B.. **Índice de qualidade da alimentação escolar no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE**. 104 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública), Gestão Pública. Universidade de Brasília, 2017.

SILVA, Simoni U., et al. As ações de educação alimentar e nutricional e o nutricionista no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Ciências& Saúde Coletiva**, Goiás, v. 23, n. 8, p. 2671-2681, 2018.

SOUZA, Anelise A., et al. Atuação de nutricionistas responsáveis técnicos pela alimentação escolar de municípios de Minas Gerais e Espírito Santo. **Ciências& Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 22, n. 2, p. 597-606, 2017.

TERENCE, Ana C. F.; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: XXVII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DA PRODUÇÃO, 2006, Fortaleza. **Anais**... Fortaleza: ABREPO, 2006. P. 1-9.

VIEIRA, Tayse S., CORSO, Arlete C. T., GONZÁLEZ-CHICA, David A. Organic food- related educational actions developed by dieticians in Brazilian municipal schools. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 5, p. 525-535, 2014.

CAPÍTULO 19

PLATAFORMAS *ONLINE* E SUA IMPORTÂNCIA NO ACESSO À SAÚDE OCUPACIONAL E ESCOLAR EM TEMPOS DE PANDEMIA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 06/11/2020

Carlos Davi Bezerra Felipe
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará
http://lattes.cnpq.br/8581679953389096

Thalles Aguiar Nobre
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará
http://lattes.cnpq.br/2610022829790967

Carlos Henrique de Angelim Macedo
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará
http://lattes.cnpq.br/6148640714377138

Cristiane Marinho Uchôa Lopes
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará
http://lattes.cnpq.br/4052783300410076

Gabriel Silva Resende
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará
http://lattes.cnpq.br/5769378256234038

Maria Larysse Guilherme Lacerda
Centro Universitário Leão Sampaio
Juazeiro do Norte – Ceará
http://lattes.cnpq.br/5479371899637792

Mirna Fontenele de Oliveira
Universidade Federal do Cariri
Pró-reitoria de Gestão de Pessoas
Juazeiro do Norte – Ceará
http://lattes.cnpq.br/6767661264363036

Antonio Yony Felipe Rodrigues
Centro Universitário Saúde ABC
Juazeiro do Norte – Ceará
http://lattes.cnpq.br/0020006592985699

Victor Alexandre Mariano
Universidade Federal do Cariri
Faculdade de Medicina
Barbalha – Ceará
http://lattes.cnpq.br/3913028894934368

RESUMO: Devido à pandemia do coronavírus (COVID-19) os projetos de extensão das Universidades buscaram novas alternativas para continuar realizando suas ações junto à comunidade. Dessa forma, as plataformas *online* surgem como alternativas para a promoção em saúde. Sob esse viés, o projeto de extensão intitulado Vida Saudável faz uso de vídeos informativos para alcançar o público com temas de saúde. Desse modo, observou-se que as divulgações dessas informações nas diferentes plataformas *online* demonstraram ser satisfatórias.

PALAVRAS-CHAVE: Plataformas *online*; Educação em saúde; Pandemia.

ONLINE PLATFORMS AND THEIR IMPORTANCE IN ACCESS TO OCCUPATIONAL AND SCHOOL HEALTH IN TIMES OF PANDEMIC

ABSTRACT: Due to the coronavirus pandemic (COVID-19), Universities' extension projects sought new alternatives to continue carrying out their actions with the community. Thus, online platforms appear as alternatives for health promotion. Under this bias, the extension project entitled Vida Saudável makes use of informative videos to reach the public with health topics. Thus, it was observed that the disclosure of this information on the different online platforms proved to be satisfactory.
KEYWORDS: Online platform; Health education; Pandemic.

1 I INTRODUÇÃO

O Projeto Vida Saudável é um projeto vinculado à Coordenadoria de Qualidade de Vida de uma Universidade no Estado do Ceará, que foi criado no ano de 2019 sob a premissa de fornecer orientações voltadas à saúde dos ocupacional e escolar. Sob esse viés, o projeto tem como foco principal a melhoria dos hábitos de vida e das atividades diárias.

Integrante da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, a Coordenadoria de Qualidade de Vida é responsável por ações que visam à promoção de saúde na Universidade. Dentre suas atribuições destaca-se a implementação de políticas e programas de atenção à saúde e bem-estar físico, social e mental, visando à busca de uma melhor qualidade de vida em seu ambiente de trabalho e parcerias com a saúde escolar.

Com efeito, Galvão et al. (2009, p.22), em Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde define Educação permanente em saúde como "ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.". Tendo isso em vista, fica evidente a importância dos projetos de extensão para difusão do conhecimento em saúde.

A concepção de educação em saúde está atrelada aos conceitos de educação e de saúde. Tradicionalmente é compreendida como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não (SALCI et al., 2013).

Mídia digital, conhecimento e a rede são três elementos que caminham juntos e articulados. Pode-se dizer que, com o advento da Internet, o conhecimento aberto está hegemonizando definitivamente a sociedade contemporânea. (SOUZA, 2015).

Entende-se que, em épocas de pandemia, as redes sociais têm tido um importante papel no que concerne a difusão do conhecimento, desse modo, o objetivo do projeto foi relatar a importância das plataformas *online* na ampliação do acesso, alcance e visibilidade das ações de extensão na comunidade.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O Projeto Vida Saudável desenvolveu semanalmente, vídeos e postagens com materiais informativos que abordam temas relacionados à qualidade de vida, tais como a Ergonomia no ambiente de trabalho e na sala de aula e principais condições clínicas que afetam a população. Assim sendo, utilizou-se de mecanismos virtuais para que essas atividades alcançassem o público alvo, sendo a criação do perfil do Projeto Vida Saudável na rede social *Instagram* (@projetovidasaudavel_ufca) o principal meio de ação, bem como o canal no *Youtube* denominado Projeto Vida Saudável. Ademais, todo o conteúdo produzido foi enviado aos colaboradores da Universidade por meio dos seus e-mails institucionais. Os vídeos e as postagens foram produzidos nas plataformas *Lumen5*© e *Canva*©. Outrossim, o conteúdo publicado nos vídeos e informativos foi extraído de artigos disponibilizados pelas plataformas Scielo, BVS e Pubmed.

Além disso, foi realizada uma pesquisa com os colaboradores, por meio da Coordenaria de Qualidade de Vida no Trabalho (CQVT), a fim de extrair quais os principais temas de interesse desse grupo a serem abordados pelo projeto.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando o período de 22 de abril de 2020 a 25 de junho de 2020, o perfil do Projeto no *Instagram* realizou 18 postagens, as quais obtiveram o alcance de 2227 perfis. Já os vídeos tiveram um total de 803 visualizações, gerando, em média, 90 visualizações por vídeo. No canal do *Youtube* o alcance foi cerca de 2,78 vezes menor que no *Instagram*. Dessa forma, conclui-se, portanto, que o *Instagram* tem sido o principal meio de impacto e de interação entre o projeto e o público alvo.

Thomas (2017), constatou que o *Instagram* é um importante meio de propagação de educação em saúde, cabendo aos profissionais da saúde capacitação e interação por meio do uso das redes sociais.

O gráfico 1 mostra as localidades de acessos dos vídeos:
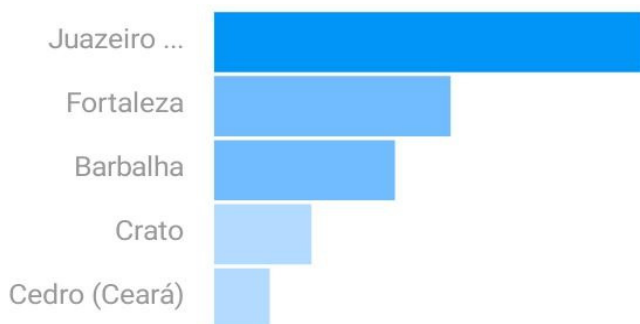
Gráfico 1: Localizações do público que acessou o *Instagram* do projeto

Efetivamente, é uma tendência natural de qualquer projeto de extensão alcançar de modo predominante o público localizado em sua própria região de origem. O gráfico 1 vai de encontro a essa assertiva, uma vez que entre as cinco cidades que mais acessaram a página e o conteúdo do projeto através das postagens do *Instagram,* três são da macrorregião do Cariri Cearense (Juazeiro do Norte, Barbalha e Crato). Contudo, nota-se ainda a presença de Fortaleza, capital do estado, e de Cedro, cidade localizada no centro-sul do estado, evidenciando-se a capacidade dessa forma de divulgação em alcançar os mais variados públicos nos diferentes lugares. A revisão sistemática de Melo et al. (2017) vai de encontro a essa constatação, uma vez que afirma que as plataformas *online* facilitam a difusão do conhecimento sobre enfermos e qualidade de vida entre pacientes, atingindo os mais diferentes públicos das diversas localidades.

Na pesquisa realizada com os servidores, os principais temas propostos foram Ergonomia para o *Home Office*, atividade física em casa, alimentação saudável em casa, saúde mental, autocuidado, importância da ingestão de água, técnicas de relaxamento e redução do estresse.

Foi verificado também que a principal estratégia para atrair o público foi a publicação constante e semanal de conteúdos pelo projeto.

4 | CONCLUSÃO

Assim, em meio à conjuntura frente à pandemia do COVID-19, o Projeto Vida Saudável se adapta a essas transformações e utiliza as redes sociais como o principal ambiente para realização de suas atividades. Além disso, nota-se um alcance maior da rede social *Instagram* em relação ao *Youtube*, o que denota uma certa preferência do público alvo em procurar temas relacionados a saúde nessa rede social. Diante de tais resultados, nota-se o quanto as redes sociais exercem forte influência na vida dos usuários

e que podem impactar positivamente na tomada de decisões e, consequentemente, na adoção de práticas que visem uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

GALVÃO, E. de A., et al. Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Ministério da Saúde**, v. 3, p. 22, 2009.

MELO, M. C., et al. Internet e mídias sociais na educação em saúde: o cenário oncológico. **Cadernos do Tempo Presente**. v. 1, p 68-93, 2017.

SALCI, M. A., et al. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm**. [online]. v. 22, p 225, 2013.

SOUZA, M. V. GIGLIO, K. **Mídias digitais, redes sociais e educação em rede**. Editora Edgard Blücher Ltda. São Paulo, 2015.

THOMAS, L. S. O instagram como ferramenta para educação em saúde. **6ª Congresso Internacional em Saúde**, v. 1, p. 2, 2017.

CAPÍTULO 20

PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES E A SAÚDE DO TRABALHADOR: REVISÃO SISTÊMICA DA LITERATURA A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DESTA POLÍTICA NACIONAL NO SUS

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 15/12/2020

Simone Ciunek Corrêa
Universidade Estadual do Centro Oeste
UNICENTRO
Irati – Paraná
http://lattes.cnpq.br/3420253105373994

Erivelton Fontana de Laat
Universidade Estadual do Centro Oeste
UNICENTRO
Irati – Paraná
http://lattes.cnpq.br/2648813906616187

RESUMO: Na atualidade constata-se que o trabalho vem passando por diversas mudanças, tais como: a reestruturação produtiva global e a acumulação flexível. Fatores revelados como reflexo da precarização e da terceirização, estas se emergiram na fragmentação da identidade coletiva do trabalhador, impactando na criação de novos modelos de trabalho, a articulação política, econômica, monetária e as relações de trabalho refletem-se nas desigualdades que interferem na saúde do trabalhador revelando-se a estrutura de relações sociais e poder. Neste viés, a finalidade deste estudo é identificar o uso das Praticas Integrativas Complementares nas práticas de prevenção e tratamento na Saúde do Trabalhador, para contemplar este objetivo realizou-se uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL), seguindo os protocolos da metodologia Methodi Ordinatio. Apontam-se como resultados o uso das PICS, principalmente, por profissionais da área da saúde e utilizando-se acupuntura, massagem, ioga, terapia, plantas medicinais e fitoterápicas e meditação.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Integrativas Complementares, saúde, trabalhador.

COMPLEMENTARY INTEGRATIVE PRACTICES AND WORKER HEALTH: A SYSTEMIC REVIEW OF THE LITERATURE FROM THE IMPLEMENTATION OF THIS NATIONAL POLICY IN SUS

ABSTRACT: Currently, it can be seen that work has been undergoing several changes, global productive restructuring and flexible accumulation, as a reflection of precariousness and outsourcing, these emerged in the fragmentation of the collective identity of the worker, impacting the creation of new ones. Work models, political, economic, monetary articulation and labor relations are reflected in the inequalities that interfere with workers' health, revealing the structure of social relations and power. The purpose of this study is to identify the use of Integrative and Complementary Practices in prevention and treatment practices in workers' health, to address this goal, followed the protocols of the Methodi Ordinatio methodology. The results point to the use of Integrative and Complementary Practices, mainly by health professionals using acupuncture, massage, yoga, therapy, herbal and meditation and meditation.

KEYWORDS: Integrative and Complementary Practices, health, work.

1 I INTRODUÇÃO

Na obra “O Privilégio da Servidão” o autor Ricardo Antunes apresenta a transformação do modelo de acumulação taylorista/fordista para Acumulação Flexível, evidenciando o conceito de empresa enxuta. Na obra verifica-se o início do processo de terceirização com o surgimento da subcontratação e suas consequências. Dentre as implicações estão à fragmentação da identidade coletiva, contratos por curto período, alienação, salários baixos, escassez de benéficos, tais como: vale alimentação, vale transporte e auxílio creche e/ou escola.

Neste contexto, a *International Labour Organization* (*ILO*), agência multilateral da Organização das Nações Unidas (ONU), especializada na fiscalização do cumprimento de normativas, convenções e recomendações a respeito das questões do trabalho, desempenha um importante papel. De acordo com a ILO (1999), o trabalho descente é caracterizado como um trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, garantindo uma vida digna.

Em desacordo com a definição de trabalho descente da ILO, pesquisas mostram que terceirização e precarização do trabalho estão diretamente associadas. A desproletarização e subproletarização, bem como, a diminuição acentuada dos padrões de vida dos trabalhadores são decorrentes da intensificação de tempo na produção, maior carga horária de trabalho e risco de saúde e de vida (MENDES, 2003).

A cidadania é negada nesse contexto de sociedade precarizada, virtual, em que as relações de trabalho estão cada vez mais desumanizadas, a intensificação do trabalho traz como consequência ao trabalhador a perda da sua identidade cultural, o que reflete em uma subjetividade de seu modo de vida (hábitos), causando desiquilíbrio físico, emocional, mental, muitas vezes chegando à morte.

Neste contexto, este artigo tem por objetivo Identificar, apresentar e analisar dados a respeito da utilização das Práticas Integrativas Complementares em Saúde e suas intervenções quanto a Saúde do Trabalhador.

2 I SAÚDE DO TRABALHADOR, MEDICINA DO TRABALHO

A autora Jussara Mendes em sua obra *O verso e o anverso de uma história,* lançada em 2003 aponta os conceitos necessários para o entendimento das terminologias utilizadas dentro do cenário da saúde do Trabalhador. “A Saúde do Trabalhador pressupõe uma interface entre diferentes alternativas de intervenção, que contemplem as diversas formas de determinação do processo de saúde-doença dos trabalhadores” (MENDES, 2003, p. 62). Um destes campos de trabalho é o estudo da Saúde Ocupacional tendo seu enfoque em aspectos ambiental e ecológico, respondendo a aspectos relativos aos agentes ambientais, priorizando a ação sobre eles, enfatizando a prevenção de doenças.

Ressalta-se que a medicina do trabalho surge na Inglaterra no século XIX com a preocupação de prover aos trabalhadores serviços médicos, neste viés surge na Organização Internacional do Trabalho - OIT em 1953, através da Recomendação 97 a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores".

No primeiro capítulo da Lei 8.080 de 1990, artigo sexto, parágrafo terceiro, encontra-se a seguinte definição:

> § 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990).

Ainda no âmbito da legislação encontra-se a portaria Nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde, a qual Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. O Art. 2º tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. O artigo Art. 3º aponta que:

> Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (BRASIL, 2012).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), dados de 1995, anualmente 120 milhões de pessoas sofrem acidentes de trabalho e 200 mil morrem em sua decorrência em todo o mundo. A cada três minutos morre um trabalhador vítima de acidente no local de trabalho, e, a cada segundo, pelo menos, quatro sofrem lesões (MENDES, 2003).

A Medicina do Trabalho surge na Inglaterra no século XIX com a preocupação de prover aos trabalhadores serviços médicos e surge na Organização Internacional do Trabalho – (OIT) em 1953, através da Recomendação 97 a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores".

> A Medicina do Trabalho deve ser entendida como a arte de estudar, prevenir e tratar as doenças que se originam do trabalho, utilizando os alicerces técnicos científicos da Medicina, em suas aplicações pessoais e coletivas, tendo como ponto de partida as relações recíprocas que ligam os problemas de saúde e doença dos trabalhadores ao ambiente físico e social no qual trabalham ou convivem (SOUTO, 2005, p. 15).

Silva (2011) indica haver uma ação mútua na relação com o corpo e mente que torna inerente a relação entre saúde geral e saúde mental. A autora aponta a existência de uma correspondência entre o trabalho e os processos saúde-doença, neste panorama Silva (2011) analisa o trabalho, a falta de trabalho, o trabalho precarizado o qual traz riscos sociais como desemprego, havendo, ainda, a possibilidade de riscos psicossociais provenientes de ataques à dignidade dos trabalhadores bem como da desqualificação.

Os textos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) trazem o conceito da Saúde do Trabalhador (ST) como saúde coletiva, traçando para seu desenvolvimento um conjunto de ações de promoção, prevenção e controle de risco como responsabilidades do setor saúde, a serem realizadas em parceria com as ações assistenciais.

Atualmente a organização das ações de ST acontece de maneira diversificada nos estados e municípios, variando a quantidade de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) bem como quanto em relação às ações de ST para o avanço é necessário à participação de gestores do SUS, trabalhadores e da Atenção Básica como determinante do processo saúde-doença, o envolvimento de todos garantindo o cuidado integral.

2.1 Medicina tradicional, práticas integrativas complementares em saúde

As proposições de ações relacionadas á saúde no ambiente de trabalho são elaboradas dentro do modelo biomédico e focadas no adoecimento dos trabalhadores e em seus fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e prevenção de acidentes. O reconhecimento científico e social do modelo biomédico não impediu que suas limitações, diante da atual conjuntura, provocassem adoecimentos motivados pela subjetividade do trabalhador, provocados por reflexos de novos modelos onde as condições de trabalho geram em muitos profissionais desiquilíbrio físico, emocional, mental, com isso esses trabalhadores se motivam a buscar novas tecnologias como as Práticas Integrativas complementares em Saúde (PICS).

A origem das Práticas Integrativas nos sistemas públicos de saúde marca o final de 1970, quando foi realizada a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978). Surgiram às primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares.

A Organização Mundial de Saúde elaborou o Programa de Medicina Tradicional partir de Alma Ata, tendo como objetivo a formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. Em vários de seus comunicados e resoluções, a OMS firmou o compromisso de incentivar os Estados membros a formularem políticas públicas para uso racional e integrado das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (TELÉSI, 2016). A OMS preconiza o desenvolvimento da Medina Tradicional em seu

documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” e observa os requisitos quanto à segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso (...) (BRASIL, 1988).

No Brasil esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), desde então somente se expandiu, sendo oficializadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A PNPIC contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. O parágrafo único da Portaria GM/MS nº 971 art. 3º da Lei nº 8.080/90, diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Em março de 2017 a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, sendo estas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017.

As PICS ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde. Além disso, a política trouxe avanços para a saúde no país por meio da normatização e da institucionalização das experiências com essas práticas na rede pública e como indutora de políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo. Em 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais (BRASIL, 2018).

3 I METODOLOGIA

A revisão de literatura faz parte do processo de investigação, envolvendo etapas de localização, análise e síntese de material científico já publicado. De outra forma é uma análise profunda sobre o material existente da área de estudo, com a finalidade de definir problemas informa-se sobre os conhecimentos atuais e lacunas de determinado tema (BENTO, 2012).

A fim de atender as perspectivas de uma revisão de literatura, optou-se por utilizar-se dos protocolos estabelecidos por Pagani, Kovaleski e Resende (2015; 2017), denominada Methodi Ordinatio (MO). As etapas para a realização de uma revisão de literatura sistemática, conforme o protocolo da MO é mostrado na Figura 1.
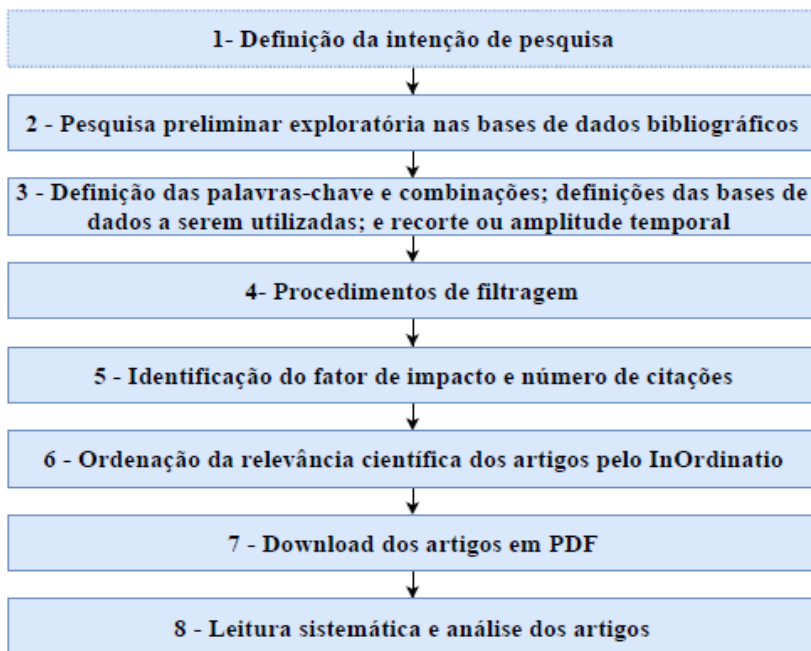
Figura 1 – Etapas da Methodi Ordinatio

Fonte: Adaptado Pagani, Kovaleski e Resende (2015).

As etapas 1, 2 e 3 são consideradas preliminares, nestas etapas realizaram-se buscas e combinações experimentais em algumas bases de dados. Após essas etapas, considerou-se para o estudo, em virtude dos artigos relacionados ao escopo do estudo, as bases de dados Scielo, Lilacs e as palavras chaves: Práticas Integrativas Complementares e Trabalhador.

Após a busca definitiva, aplicou-se na etapa 4 os seguintes critérios de filtragem: I. Artigos em duplicidade; e, II. Artigos fora do escopo. Na etapa 5 identificou-se o fator de impacto de cada artigo no periódico de origem, o ano de publicação coletado do próprio artigo, e, por fim, o número de citações obtidas por meio do Google Scholar®.

Critérios de filtragem	**Eixo de pesquisa**	
	Total bruto de artigos	**Total de artigos após filtragem**
I. Artigos em duplicidade	23	22
II. Artigos fora do escopo	22	5
Legenda: Eixo de pesquisa - “Práticas Integrativas Complementares” AND “Trabalhador”		

Tabela 1: Procedimentos de filtragem de artigos

Fonte: Autores (2020)

Posteriormente, na etapa 6 aplicou-se a equação InOrdinatio (1), onde considera-se o Fator de impacto do periódico (Fi), Coeficiente α que refere-se à importância da atualidade para o tema pesquisado, Ano de realização da pesquisa (AnoPesq), Ano de publicação do artigo (AnoPub) e Número de citações do artigo em outros estudos (Ci). Para aplicação da fórmula InOrdinatio, utilizando-se planilhas eletrônicas da Microsoft Excel®. InOrdinatio = (Fi / 1000) + α* [10 - (AnoPesq – AnoPub)] + (∑ Ci)   (1). Por último, nas etapas 7 e 8 realizou-se o download dos aquivos e a leitura sistemáticas dos artigos selecionados.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material coletado foi classificado e ordenando quanto ao título do artigo, autores, ano de publicação, revista, citações, fator de impacto e classificação in ordinatio. Apresentaram-se no material idenfificado artigos com produções relacionadas as Práticas Integrativas Complementares em Saúde e a Saúde do Trabalhador, detalha-se que destas a produção do período de publicação variou entre 1993 – 2019 (n = 8), apresentando-se 1993 (n =1), 2009 (n =1), 20013 (n =1), 20014 (n =1), 20018 (n =2), 20019 (n =2).

Quanto ao levantamento metodológico observou-se a presença de (n = 2) em pesquisas elaboradas a partir de Revisões de Literatura, sendo que (n =2) revisões integrativas de abordagens qualitativas utilizando-se de análise de documentos de diversas fontes, encontraram-se ainda pesquisas de caráter Epidemiológico (n = 6), registra-se a captura e análise de material de formas variadas, entrevistas, aplicação de prática de PICS, análise documental, aferição de testes biométricos, escalas e protocolos.

O Fator de Impacto (FI) foi analisado, tratando-se este indicador de um meio de avaliar a qualidade das publicações, sendo calculado anualmente levando em consideração o número e publicações do artigo, averiguou-se que o artigo de Queiroz (1993) *Estratégias de consumo em saúde de famílias trabalhadoras* obteve o número de citações extremamente acima outros artigos gerando um FI (n = 1,02), enquanto os artigos conseguintes tiveram FI (n = 0,82), o posterior FI (n = 0,54), dois artigos FI (n = 0,33) e dois FI (n = 0) tratando-se estes de artigos de publicações de 2019, justifica-se que o FI apresentou-se zerado, pois as citações e publicações são contabilizadas realizando-se a média dos dois anos anteriores ao ano atual.

Título	Autores	Ano de Publicação	Revista	Ci	Fi (CiteScore)	InOrdinatio
Estratégicas de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras	Queiroz, M.S.	1993	Cad. saúde pública	74	1,02	580,00102
Enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura segundo percepção das enfermeiras	Kurebayashi, L. F. S., de Freitas, G. F., & Oguisso, T.	2009	Rev. Esc. Enferm. USP	31	0,82	310,00082
Occupational low back pain in nursing workers: massage versus pain	Borges, T.P., Kurebayashi, L.F.S. and Silva, M.J.P.d.	2014	Rev. Esc. Enferm. USP	14	0,82	190,00082
Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado	de Almeida Lima, C., de Souza Santos, A. M. V., Messias, R. B., Costa, F. M. D., Barbosa, D. A., de Pinho, L., & Brito, M. F. S. F.	2018	Revista Brasileira de Enfermagem.	1	0,54	100,00054
Ioga na saúde do trabalhador: revisão integrativa de estudos de intervenção	Costa, F.M.d., Greco, R.M. and Alexandre, N.M.C.	2018	Rev. bras. med. trab	1	0,33	100,00033
A craniopuntura japonesa como instrumento para o tratamento da dor não específica em profissionais de saúde	Barreiros, R.N., Dutra, L.B., Silva, R.C.L.d., Ribeiro, Y.C., Moura, L.d.F. and Louro, T.Q.	2019	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)	0	0	100,00000
Saúde dos trabalhadores de enfermagem: revisando as estratégias de promoção à saúde	Farias, A.A.R., Cardoso, L.S., Silva, J.J.S.d., Sant'Anna, C.F., Lima, J.M. and Cezar-Vaz, M.R.	2019	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)	0	0	100,00000
Efeito da acupuntura na qualidade de vida de trabalhadores portadores de zumbido expostos ao ruído; um estudo piloto	Viana, L. P., Tavares, A. A. A. C., Brugiolo, P. G., Carvalho, J. M. B., Raposo, N. R. B., & Baraky, L. R.	2013	Rev. bras. med. trab	2	0,33	60,00033

Tabela 2: Tabela de artigos segundo ordenamento na Methodi Ordinatio (MO)

Fonte: Autores (2020)

Tendo como Scopo da investigação a respeito da Práticas Integrativas Complementares em Saúde e a Saúde do Trabalhador, emergiram-se dados para a analisar-se como essas práticas se deram nos ambintes laborais. Quanto a modalidade praticada observou-se as PICS citadas, Fitoterápicos (n = 2) estudo, Acupuntura (n = 3), sendo um deles específico de Craniopuntura de YNSA, Massagem (n = 3), Yoga (n = 1), Relaxamento e Meditação (n = 1), Shiatsu (n = 1), doin, relaxamento psimuscular, toque terapêutico e visualização.

Quanto a frequencia da realização das práticas aponta-se a execussão de 2 sessões semanais variando entre 4 a 6 semanas, o número de participantes teve variação entre (n = 7) a (n = 42) indivídúos e entre os estados (n = 1) estudo do Rio de Janeiro, (n = 2) de Minas Gerais e (n = 3) São Paulo, destaca-se que dois estudos são de Revisão Bibliográfica então estes não foram contabilizados nesta variante, dentre os estudos de Revisão de Bibliográfica.

Local do Estudo	Cidade/ Estado	Nº de participantes	Categoria Profissional	PICS	Quantidade de Sessões - (semanal)
Sala de espera dos Postos de Saúde da Zona Urbana	Paulínia SP	52	Famílias trabalhadoras	Fitoterápicos	N/A
11 UBS e Ambulatórios de Especialidades da região Sudoeste	São Paulo SP	33	Enfermeiras	Acupuntura	N/A
Pronto-Socorro (PS) COHAB II	Carapicuíba/ São Paulo	45	Enfermeiros, técnicos e Auxiliares de enfermagem	Massagem	2
Unidades de Saúde da Área Urbana	Montes Claros/ MG	231	Agentes Comunitários de Saúde	Plantas Medicinais (32,5%) Massagem (9,1%) Relaxamento e Meditação (5,6%)	N/A
Instituição Pública de Saúde, de Assistência em Nível Primário	Rio de Janeiro	17	Profissionais do Programa Saúde da Família	Acupuntura Craniopuntura	2

TABELA 3: Caracterização das Práticas Integrativas Complementares (PIC) em Saúde dos estudos quantitativos

Fonte: Autores (2020)

Local do Estudo	Nº de Artigos	Tipo de Revisão	Categoria Profissional	PICS
Revisão Bibliográfica[1]	10	Revisão Integrativa	Músicos, digitadores, bombeiros, mulheres que trabalham com Crianças e universitários que trabalham em hospitais e escolas.	Yoga
Revisão Bibliográfica[2]	23	Revisão Integrativa	Profissional de Enfermagem	Terapias Físicas (*shiatsu*, *do-in* massagens) Terapias Mentais e Espirituais (meditação, *reiki*, toque, visualização terapêutico,relaxamento psicomuscular.)

TABELA 4: Caracterização das Práticas Integrativas Complementares (PIC) em Saúde das revisões de literatura

Fonte: Autores (2020)

Farias (2019) em seu estudo de *Revisão Bibliográfica Integrativa a respeito da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem* o autor analisa (n = 23) artigos selecionados, pontuando-se que respondam a questão de pesquisa, quais estratégias para a promoção à saúde os trabalhadores de enfermagem recorrem, em 13% (n=3) foram identifficadas terapias complementares no ambiente de trabalho, registraram-se em seus benefícios para a saúde dos trabalhadores de enfermagem a musicoterapia, a prática de técnicas de relaxamento, de yoga e de toque terapêutico, como estratégias para redução do estresse profissional bem como estratégia benéfica as relações interpessoais.

Costa (2018) investiga a literatura científica dez ano após a publicação da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006* e analisa os resultados das intervenções da *Prática Integrativa Completar da Ioga* com trabalhadores dentro do ambiente de trabalho. As categorias investigadas pelo autor são de músicos, digitadores, bombeiros, trabalhadores universitários, trabalhadores de hospitais, universitários, mulheres que trabalham com crianças e trabalhadores de escolas. O resultado apresentado das intervenções foi de que nove dos dez estudos evidenciaram resultados favoráveis com a prática de ioga nas populações estudadas, nos estudos constatou-se, ainda, que a prática de ioga promove benefícios à saúde física, tais como: flexibilidade, padrão respiratório, sono, sintomas osteomusculares, ansiedade, concentração, resistência e equilíbrio, energia, autoconfiança durante situações estressantes, sensação de bem-estar e destaca-se bom desempenho no trabalho, como o aumento da força de preensão manual, velocidade de digitação e aptidão funcional.

Entre os estudos de epidemiológicos agrupam-se o total de (n=6), apresenta-se dados a respeito da modalidade PICS de Fitoterápicos de Queiroz (1993) onde se observa um conceito a respeito do consumo relacionando-se a razão da persistência de consumo destes medicamentos num contexto capitalista atrelado aos vazios deixados pela medicina oficial, como, por exemplo, os “mal-estares” e indisposições consideradas não graves ou algumas doenças crônicas para as quais os médicos previdenciários ou os de postos de saúde em gera deixam de medicar, principalmente porque não existem meios de cura simples disponíveis. Apenas duas famílias reportaram não empregar normalmente ervas medicinais e somente quatro relataram que, por princípio, não recorrem, nem nunca recorreram a benzedores. É importante ressaltar, que para a grande maioria do universo de valores da população entrevistada, estar doente não significa um evento exclusivamente biológico, projetando-se no efeito mais dramático que produz, qual seja, a incapacidade de trabalhar e a consequente ameaça à subsistência familiar. Deste modo, se um indivíduo mostra disposição e capacidade de trabalho, ele é considerado saudável (QUEIROZ, 1993).

Registrou-se (n=3) estudos relacionando a Acupuntura como Prática Integrativa Completa, sendo que esta prática na atualidade de acordo com Kurebayashi (2009) é uma das Práticas Integrativas de maior aceitabilidade mundial. Em estudo exploratório realizado pela autora com (n=33) enfermeiras de Unidade de Saúde Pública da região

Sudoeste de São Paulo, as entrevistadas declararam que a acupuntura pode estar usada como técnica preventiva curativa e reabilitadora para diversas enfermidades agudas e crônicas, sendo um de seus focos o tratamento de desordens energéticas primárias e anteriores a doenças, resultados estes que não se diferem da listagem organizada pela OMS. Através de estudo realizado a respeito do efeito da acupuntura na qualidade de vida de trabalhadores portadores de zumbido expostos ao ruído, demonstra-se que 70% dos pacientes apresentaram melhora da qualidade do sono e 60% melhor controle de estados ocionais como ansiedade e irritabilidade, sendo que neste os trabalhadores tiveram 2 sessões semanais pelo período de 5 semanas.

Tratando-se ainda da modalidade da Acupuntura o terceiro estudo deu-se utilizando da craniopuntura japonesa como instrumento para o tratamento da dor não específica em profissionais de saúde. A técnica utilizada foi Craniopuntura Japonesa, Nova Craniopuntura de Yamamoto (Yamamoto New Scalp Acupunture - YNSA) criada em 1973 pelo Dr. Toshikatsu Yamamoto, sendo aplicadas 2 sessões semanais por um Período de 4 semanas, relata-se que a YNSA foi eficaz em todas as sessões, na redução da dor não específica em 100% dos participantes.

Buscou-se através do estudo de Borges (2014) estimar a eficácia da massagem para diminuição de lombalgia ocupacional em trabalhadores de uma equipe de Enfermagem de um Pronto Socorro - PS após 12 sessões, Prática Integrativa Complementar na modalidade da massagem apresenta-se eficaz na diminuição da lombalgia ocupacional, conseguindo efeito (d=4,59), correspondendo este a 86% de redução dos níveis de dor. Apresenta-se pela autora que anteriormente o principal tratamento para lombalgia foi o uso de medicações, com 44,2% de redução dos níveis de dor.

Investigou-se a utilização de Práticas Integrativas Complementares em Saúde por ACS Agentes Comunitários de Saúde, atuantes nas equipes de saúde da família através de pesquisa transversal quantitativa, realizada na cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Constatou-se através do estudo a utilização de PICS por ACS como práticas de autocuidado, destacando-se a utilização de plantas medicinais (32,5%), seguido por massagem (9,1%) e relaxamento e meditação (5,6%). Lima (2018) salienta que fatores sócios demográficos e de saúde estiveram associados à prática de homeopatia, massagem, quiropraxia, relaxamento/meditação e práticas integrativas em geral e que indivíduos com maior escolaridade e renda apresentam maior uso de manipulação de homeopatia e prática de quiropraxia.

5 | CONCLUSÃO

Aponta-se que o tema da pesquisa apresenta-se como uma área nova e promissora, verificou-se a escassez de publicações relativas à temática específica da implantação das Práticas Integrativas Complementares em Saúde e a Saúde do Trabalhador, o que dificultou

a aplicação da Methody Ordinatio (MO).

A implantação de Práticas Integrativas Complementares em Saúde dentro dos ambientes Laborais acredita-se que faça parte do movimento fenomenológico da busca do ser humano por práticas onde possam ser ativos no processo de autocuidado, opostamente a desumanização da Medicina Tradicional.

Considera-se através dos textos apresentados que os resultados obtidos com a implantação das PICS como autocuidado de trabalhadores, utilizando-se acupuntura, massagem, ioga, terapia, plantas medicinais, fitoterápicas e meditação foram positivos e que através de suas técnicas mobilizaram a mente e o corpo dos trabalhadores, contribuindo, deste modo, para a melhora nas condições da saúde física com a redução de sintomas relacionados à ansiedade, tensão muscular, insônia, dificuldade em relaxar, stress ocupacional, proporcionando ainda mudanças no padrão respiratório, redução da pressão arterial diastólica, diminuição de dores, aumento na flexibilidade, resistência na energia e autoconfiança, evidencia-se os aspectos positivos para o bem estar e saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni; SANTOS, João Bosco Feitosa dos. **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. 1 ed. São Paulo: Projeto Editorial Práxis, 2014.

BARREIROS, Raphael N. et. al. A craniopuntura japonesa como instrumento para o tratamento da dor não específica em profissionais de saúde, **Rev. pesqui. cuid. fundam**. (Online), 2019.

BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JÁ** (Associação Académica da Universidade da Madeira), nº 65, ano VII, p. 42-44. 2012.

BORGES, T.P; KUREBAYASHI, L.F.S. SILVA, M.J.P.d; Occupational low back pain in nursing workers: massage versus pain. **Rev. Esc. Enferm**. USP, São Paulo, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde (2006). **Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http:// www.saude.gov.br

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**.

COSTA, Fernanda M da C; GRECO, Rosangela M; ALEXANDRE, Neusa M C. Ioga na saúde do trabalhador: revisão integrativa de estudos de intervenção. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, Vol.16 Número 4 / 2018.

FARIAS Ângelo A R; CARDOSO, Letícia S; SILVA, Jonatan J S, et al. **Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem: Revisando as Estratégias de Promoção à Saúde**. Rev Fund Care Online.2019. abr./jun.

International Labour Organization (ILO) 1999. Disponível em:< https://www.ilo.org/brasilia/temas/trabalho-decente/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 14 dez. 2020.

KUREBAYASHI, Leonice F S; FREITAS, Genival F de; TAKA, Oguisso. Enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura segundo percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm**. USP, São Paulo, 2009.

LIMA, Cássio de A. et. al. Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018.

MENDES, Jussara M R; **O verso e o anverso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria** 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria** 853/GM. (2006,17 de novembro). Regulamenta a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria** n.º 3.120, de 01 de julho de 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria** n.º 971/GM. (2006,04 de maio). Regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, n.º 84, seção I, Brasília, DF:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde** / Secretaria-Executiva Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: 2018.

PAGANI, Regina N; KOVALESKI, João L; RESENDE, Luis M. Methodi Ordinatio: a proposed methodology to select and rank relevant scientific papers encompassing the impact factor, number of citation, and year of publication. **Scientometrics**, v. 105, n. 3, p. 2109-2135, 2015.

PAGANI, Regina N; KOVALESKI, João L; RESENDE, Luís M de. Avanços na composição da Methodi Ordinatio para revisão sistemática de literatura. **Ciência da Informação**, v. 46, n. 2, 2017.

QUEIROZ, Marcos S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras**. Cad. Saúde Pública** [online]. 1993, vol.9, n.3, pp.272-282.

SILVA, Edith S. **Trabalho e desgaste mental**: O direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. (Capítulo 01).

SOUTO, Daphnis F. **Diretrizes gerais para o exercício da medicina do trabalho**. Organizado pela Câmara Técnica de Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador do CREMERJ. -- Rio de Janeiro: CREMERJ, 2005.

TELESI J. Emílio; Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS, **Estudos Avançados.** vol.30 no. 86 São Paulo. Jan./Apr. 2016.

VIANA, Luciana de P. et. al. Efeito da acupuntura na qualidade de vida de trabalhadores portadores de zumbido expostos ao ruído: um estudo piloto. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, Vol.11 Número 2 / 2013.

CAPÍTULO 21

PREFERÊNCIAS NO TRABALHO SEGUNDO O RELATO DE PROFESSORES DO ENSINO BÁSICO DA REDE PÚBLICA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 08/12/2020

Sonia Maria Villela Bueno
Livre Docente/Associada DEPCH/EERP-USP
Ribeirão Preto - São Paulo
http://lattes.cnpq.br/9745685340734755

Sabrina Corral-Mulato
Pós Doutora em Ciências da Saúde
DEPCH/EERP-USP. UNIP
Ribeirão Preto - São Paulo
http://lattes.cnpq.br/6768692779414011

Larissa Angélica da Silva Philbert
Doutora em Ciências da Saúde
DEPCH/EERP-USP
Sec. Munic. de Educação de Ribeirão Preto
Universidade Paulista - UNIP
Ribeirão Preto - São Paulo
http://lattes.cnpq.br/5039857783810510

Janaina Luiza dos Santos
Doutora em Ciências da Saúde
DEPCH/EERP-USP. Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF)
Campus de Rio das Ostras
Rio das Ostras - Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/0278498676950719

Adriana Medeiros Braga
Bacharel em Enfermagem. UFF
Campus de Rio das Ostras
Cabo Frio - Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/4577994388375056

Thaís dos Santos Araujo
Bacharel em Enfermagem. UFF
Campus de Rio das Ostras
Cabo Frio - Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/2188593738189327

RESUMO: Objetivo: Conhecer e compreender as preferências no trabalho segundo a opinião de professores municipais de educação infantil e fundamental de uma cidade do interior paulista. Metodologia: Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A coleta dos dados aconteceu por meio de questionário autoaplicável com dados sociodemográficos e duas perguntas norteadoras: O que você mais gosta no seu trabalho? O que você menos gosta no seu trabalho? A análise dos dados foi realizada por categorização, possibilitando a articulação das respostas. Resultados: A maioria dos participantes se constituía do gênero feminino; com idade entre de 28 e 50; católicas; formadas entre 6 e 29 anos; que trabalham na rede municipal de ensino entre 2,5 anos e 27 anos. Dividem-se entre casadas e solteiras; têm curso de pós-graduação, especialização; lecionam em dois turnos (manhã e tarde) e não possuem outra atividade profissional. Foram elencadas as seguintes categorias em relação ao que o professor mais gosta no trabalho docente: Dinâmica escolar; Relacionamento interpessoal com estudantes e colegas; Educação de valores e participação para a cidadania. E relativo ao que menos gosta: Divergência sobre o processo pedagógico-administrativo; Estresse; Indisciplina dos alunos. Considerações Finais: Os professores investigados relacionam a profissão docente à

formação da cidadania, transformação da sociedade, além de significativo grau de realização pessoal e profissional. Todavia, revelam dificuldades na profissão, entendendo-a como fortemente influenciada pela instituição, pela deficiência estrutural do serviço, dificuldades e conflitos relacionados à manutenção dos níveis de saúde mental dos integrantes da escola, fundamentalmente do professor e do aluno e das consequências que podem advir desta relação.
PALAVRAS-CHAVE: Educação; Professor; Esgotamento Profissional.

PREFERENCES AT WORK ACCORDING TO TEACHERS OF PUBLIC NETWORK EDUCATION

ABSTRACT: Objective: To know and understand preferences at work according to the opinion of municipal teachers of early childhood and elementary education who work in a city located in the interior of São Paulo. Methodology: Qualitative, descriptive and exploratory research. The data collection took place through a self-administered questionnaire with sociodemographic data and two guiding questions: What do you most like about your work? What do you like least about your job? The data analysis was performed by categorization, enabling the articulation of the answers. Results: Most of the participants were female; aged between 28 and 50; catholic; graduated between 6 and 29 years; who work in the municipal school system between 2.5 years and 27 years. They are divided between married and single; have a postgraduate course, specialization; they teach in two shifts (morning and afternoon) and don’t have another professional activity. The following categories were listed in relation to what the teacher most like about teaching: School dynamics; Interpersonal relationships with students and colleagues; Education of values and participation for citizenship. And relative to what he dislikes: Divergence over the pedagogical-administrative process; Stress; Students’ indiscipline. Final Considerations: The investigated teachers relate the teaching profession to the formation of citizenship, transformation of society, in addition to a significant degree of personal and professional achievement. However, they reveal difficulties in the profession, understanding that it is strongly influenced by the institution, by the structural deficiency of the service, difficulties and conflicts related to the maintenance of the mental health levels of the school members, fundamentally of the teacher and the student and the consequences that may arise of this relationship.
KEYWORDS: Education; Faculty; Burnout Professional.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, regulamentada através da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, a educação é compreendida, no artigo 2º, como dever da família e do Estado, pautada nos ideais de liberdade e solidariedade humana, visando o exercício da cidadania e aptidão para o trabalho, através do desenvolvimento estudantil (BRASIL, 1996).

A Base Nacional Comum Curricular - BNCC (2017) por ser um documento normativo, tem como objetivo uma educação de qualidade, através de um conjunto de aprendizagens e de desenvolvimento de conhecimentos, competências, habilidades e atitudes que avance

para uma formação integral numa sociedade justa, democrática e inclusiva.

A escola atual abrange a cada dia novas corresponsabilidades, o que acaba sobrecarregando diretamente os professores. Ao mesmo tempo, esses profissionais são submetidos a um desmonte pelas políticas públicas e privadas de assistência, formação e valorização, além disso, é excessivamente cobrado e responsabilizado, mesmo sendo considerado um dos mais importantes agentes de mudança da sociedade (BIROLIM et al., 2019).

O discurso pedagógico escolar é atravessado por polissemias, prazeres e sintomas diversos, muitas vezes são indissociáveis na dinâmica da organização do trabalho, acarretando em condições favoráveis ao prazer ou desencadeadoras de sofrimento e cada pessoa lida de forma singular com essas situações paradoxais (MARÇAL; SCHLINDWEIN, 2020).

Por isso, é importante que cada pessoa busque uma fonte de prazer no seu trabalho, de acordo com as suas possibilidades e características pessoais, mesmo sabendo que ele faz parte de uma construção social histórica, objetiva e subjetiva. (RIBEIRO; SILVA, 2020) Além disso, faz parte da rotina de trabalho o sofrimento, o estresse, entre outros sintomas e que acabam tendo um significado patológico e consequências profissionais e pessoais quando não (re)significados (PENA; REMOALDO, 2019).

Quando o trabalho traz instabilidade ao bem-estar profissional e pessoal (MARÇAL; SCHLINDWEIN, 2020) ou um estado prolongado de estresse, esgotamento físico e mental, pode acarretar na Síndrome de Burnout, com manifestações de sintomas físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos, de acordo com características individuais (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

De acordo com Nóvoa (2017, p. 1114), “[...] as profissões do humano lidam com a incerteza e a imprevisibilidade. [...]” constantemente e, quando isso não é compreendido dentro de um contexto macro e micro estrutural do universo educacional, pode suscitar conflitos, frustrações e até adoecimento.

Dado o exposto, o estudo tem como objetivo conhecer e compreender as preferências no trabalho segundo a opinião de professores municipais, de uma cidade no interior paulista, de educação infantil e fundamental. Ainda, busca contribuir para fundamentar novas pesquisas nesta temática.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, fundamentada na metodologia da pesquisa-ação, cuja ação educativa se deu através do círculo de cultura (oficina pedagógica), tendo como pressuposto o pensamento humanista de Paulo Freire (2011).

Este pesquisa foi realizada sob o parecer número: 610.283, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade

de São Paulo (CEP-EERP-USP), segundo as normas da Resolução CNS 466/12, que orienta para as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico.

Participaram desta pesquisa 1 professor e 16 professoras totalizando 17 participantes, da rede municipal de ensino de uma cidade do interior paulista que estavam lotados no Ensino Infantil e Fundamental I. Esta pesquisa foi desenvolvida no período de agosto a novembro de 2014.

Os professores foram convidados, via e-mail enviado pela Secretaria da Educação local. O critério de inclusão foi que o profissional deveria estar trabalhando em alguma unidade escolar do município ou de seus distritos.

No primeiro encontro, os participantes receberam uma breve explicação sobre o objetivo da pesquisa e de como seriam desenvolvidas as oficinas. Posteriormente, foi iniciada a coleta dos dados e esta foi realizada através de um questionário autoaplicável que foi entregue em envelope fechado, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no primeiro encontro das oficinas. Juntamente com o questionário de dados sociodemográficos (sexo; idade; estado civil; se tem filhos; religião; se possui algum outro curso superior; se tem curso de pós-graduação; tempo de experiência profissional; períodos em que leciona; total de horas trabalhadas semanalmente na rede municipal de ensino; se possui outra atividade profissional). O questionário foi composto também de duas perguntas abertas que foram norteadoras: 1- O que você mais gosta no seu trabalho? 2- O que você menos gosta no seu trabalho?

A análise dos dados obtidos através do questionário foi realizada por análise de conteúdo, de acordo com as seguintes fases: Levantamento dos temas geradores; Organização do material da coleta de dados; Seleção e codificação de palavras e frases registradas/emitidas; Síntese de palavras e frases selecionadas; além da Ordem dos temas geradores.

Na última etapa foi feita a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

A análise e interpretação das falas foram realizadas à luz do referencial

teórico-metodológico de Freire (2011) e Bueno (2009), constituindo assim, o universo temático (para identificação das categorias). Portanto, ao se realizar a análise temática, busca-se descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011).

Este referencial se fundamenta na Pedagogia da Conscientização, dentro da abordagem crítico-social, que significa aprender a ler o mundo e compreender o seu contexto. Esse procedimento visa à descrição e interpretação da situação dos sujeitos pesquisados, caracterizando suas necessidades, conhecimentos prévios e habilidades (FREIRE, 2011).

Para a identificação dos participantes, foi atribuída a letra P, seguida por um número sequencial de acordo com a abertura dos envelopes.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 17 professores, com idade entre de 28 e 50 anos (média de 39,1 anos); sendo que a maioria são do gênero feminino (16); com filhos (8), sem filhos (9); católicos (11); formados entre 6 e 29 anos; que estão na rede municipal de ensino entre 2,5 anos e 27 anos (média de 12,7 anos. Dividem-se entre casados (8), solteiros (6) e divorciados (3); a maioria tem curso de pós-graduação *Lato Sensu* (12); lecionam nos turnos manhã e tarde (13) e não possuem outra atividade profissional (15).

Os dados sociodemográficos dos participantes, expressou em sua maioria mulheres. O processo histórico sobre a formação de professores no Brasil teve influência Jesuítica atrelada a questões de gênero, ao contexto social, econômico e religioso. No decorrer dos anos foi sendo constituída como uma profissão de maioria feminina, isso devido a criação das Escolas Normais, no final do século XIX, com possível conciliação entre as atribuições do lar, por estar atrelada a maternagem e a baixa remuneração por ter foco assistencialista e aceitação social. (ROCHA; MARTINS, 2018)

As políticas públicas educacionais regulam e/ou orientam as ações laborais, de formação inicial e continuada de professores. Por isso, é pertinente que se conheça os elementos da herança formadora para que se possa continuar construindo e oferecendo alternativas de inovação e mudança às políticas e práticas de formação docente (IMBERNÓN, 2010).

A jornada de trabalho da maioria dos participantes da pesquisa é de período integral e isso nos leva a inferir que atuam numa ou em duas instituições de ensino e a minoria têm jornada parcial, numa única escola e supostamente pode garantir melhores condições de trabalho e de qualidade de saúde mental e física, havendo necessidade de respeito e colaboração à diversidade e à especificidade da rede de ensino.

É sabido historicamente que a carga horária de trabalho do(a) professor(a) é definida pela hora/aula e está diretamente relacionada à valorização e representatividade sociocultural do magistério. Rocha e Martins (2018) apontam que um total de hora/aula elevada ou jornadas duplas ou triplas repercutem negativamente na qualidade de vida do profissional e, consequentemente, no seu desempenho laboral.

O fazer docente pedagógico está além do planejamento e gestão da sala de aula, pois é incorporado à jornada de trabalho do magistério um percentual de horas destinadas ao atendimento às famílias e comunidade escolar, ao trabalho docente coletivo na escola e a formação continuada (em serviço) (KASPER; RINALDI, 2020). Entretanto, no decorrer da dinâmica do trabalho, algumas dessas atividades não são desenvolvidas a contento ou atendendo todos os professores e as necessidades estruturais escolares.

A formação de professores é uma questão histórica, política e não apenas técnica ou institucional. Estudos apontam crescente desenvolvimento em relação à produção científica sobre a formação docente, porém em contrapartida “percebe-se um sentimento de insatisfação, acentuado por políticas de desprofissionalização” (NÓVOA, 2017, p. 1109), que seguem uma linha de políticas neoliberais de acordo com os princípios mercantilistas.

Mas, se as condições organizacionais da docência são ruins e ainda assim o profissional consegue se manter feliz e produtivo, é porque a sua motivação e seu ideal são mais importantes (SORATTO; OLIVIER-HECKLER, 2000a), pois a docência é um exercício de articulação entre teoria- prática, troca e integração de experiências, diálogo e escuta pesquisa e amorosidade.

A seguir foram elencadas as seguintes categorias em relação ao que o professor mais gosta no trabalho docente:

Dinâmica escolar: a essa categoria está associada à ideia de ensinar, desenvolver projetos, superar limites, construir e ampliar conhecimento; usar a criatividade, refletir e discutir assuntos variados, explorar a curiosidade, ampliar os horizontes e as expectativas e a alegria em constatar o aprendizado.

> “Ensinar e aprender.” (P4)
>
> “Levar os alunos à construção de novos conhecimentos.” (P6)
>
> “Realizar um trabalho produtivo, ser útil para quem deseja aprender” (P12).

Os professores evidenciam o papel do professor como formador, mediador do processo de construção do conhecimento, conjuntamente com os educandos, da beleza que se observa quando o educando (re)descobre algo, tornando-se consciente de seu mundo, constatando a sua evolução no processo educativo como reconhecimento do seu esforço como educador.

Em contrapartida, é preciso desmistificar a concepção romantizada e missionária do fazer pedagógico, depreender os assujeitamentos, imposições e opressões que os professores foram submetidos no contexto histórico (FREIRE, 2011).

Tudo isso é atravessado por múltiplos sentidos, construções e representações, de acordo com a dinâmica social, histórica, cultural, política, econômica e tecnológica, derivado dos modos como os professores se (re)conhecem e são (re)conhecidos no seu contexto (NÓVOA, 2017).

> “Ajudar um aluno a superar uma dificuldade, fazer algo que ele julgava não conseguir.” (P5);
>
> “Ver os olhinhos das crianças brilhando, quando se aprende algo, isso é muito bom.” (P11).

> “Constatar o desenvolvimento da criança através das atividades realizadas no dia a dia.” (P17).

O processo educativo envolve múltiplos elementos. Por mais que tenha regulamentações políticas, teorias e práticas diversas é gerido pelo professor, com grau de autonomia distinto, no cotidiano da escola e de acordo com as relações estabelecidas, interpessoais e com o objeto de conhecimento.

O bem-estar, o prazer, o sentimento de alegria e as possibilidades de realização profissional, pessoal e social são elementos importantes no trabalho pedagógico são fatores que contam a favor da qualidade de ensino, do enriquecimento no processo de formação dos educandos.

Relacionamento interpessoal com estudantes e colegas: amor e reconhecimento das crianças, laços de amizade e afetividade, o despertar da vontade de aprender e um bom relacionamento com os colegas de trabalho em geral e com aqueles que buscam fazer um bom trabalho.

Quando se fala em reconhecimento do trabalhador, busca-se o olhar dos outros profissionais que atuam no mesmo tipo de trabalho ou aqueles que têm sentido as mesmas dificuldades para dialogar, ajudando-se mutuamente como uma rede de apoio e trocas (VASQUES-MENEZES, 2002).

> “Me relacionar com os alunos e os colegas.” (P4)

> “Das crianças, algumas pessoas que fazem a diferença, um bom trabalho.” (P16)

> “O retorno do amor e o reconhecimento das próprias crianças.” (P2)

A docência possibilita uma aproximação, comprometimento com o outro, com sua singularidade, ser solidário com suas necessidades, confiando em suas capacidades, cuja ação resulta no bem-estar do outro. “Na medida em que cuida de outrem, o cuidador se transforma, na mesma medida em que transfere para o outro, parte de si e vê neste o seu trabalho realizado.” (CODO; GAZZOTTI, 2000; p. 53).

> “Gosto dos meus alunos, apesar das barreiras que encontramos Nada mais prazeroso do que ver o brilho do olhar dos nossos alunos quando eles entendem verdadeiramente o sabor do saber.” (P9)

> “Dos alunos, do amor que vem de graça, sem que eu precise pensar em dar algo em troca.” (P13)

> “Gosto do carinho que as crianças têm por mim. Sinto nelas o que às vezes carece nos adultos, alegria. Nos momentos do recreio, prefiro estar com elas que na sala dos professores.” (P15)

No ambiente educacional a afetividade se faz presente, pois significa afetar o outro por meio de sensações e emoções, buscando aumentar a potência de agir e de pensar e isso ocorre nas mais diversas relações e interações estabelecidas na dinâmica da sala de aula e consequentemente marcam significativamente a relação dos estudantes com o objeto de conhecimento e do fazer pedagógico do professor (OSTI, TASSONI, 2019).

Educação democrática e participativa em diversos contextos sociais: contribuir com a formação cidadã-ativa, desenvolvimento de atividades lúdicas, estar em constante contato com a diversidade de saberes, sentidos e pensamentos, lidar com a disposição/ energia dos estudantes, usar a criatividade e de aprender novas possibilidades sempre.

> "(...) contribuir para a formação de cidadãos que prezam pelo bom caráter." (P6)

> "(...) adoro criar coisas novas e ajudá-los no que for preciso." (P14)

O trabalho satisfatório determina prazer, alegria e saúde, quando é desprovido de significação, de reconhecido é uma ameaça à integridade física e/ou psíquica, causando sofrimento ao trabalhador (MELEIRO, 2008).

> "(...) de poder estar evoluindo e me transformando o tempo todo." (P12)

O trabalho do professor é de um sujeito historicizado em que se transforma de acordo com as posições que ocupa dentro do cenário educativo, que tenha disposição pessoal, interposição profissional, composição pedagógica,recomposição investigativa e exposição pública (NÓVOA, 2017).

No entanto, muitas vezes, o professor suporta o trabalho para continuar tendo o privilégio de satisfazer um desejo que é de todos nós, mudar o mundo através de sua ação, transformar a si mesmo e ao outro com seu trabalho, inventar o futuro através de seu gesto. Enquanto outros trabalhadores suportam o trabalho e através do salário, buscam satisfazer seus desejos, ele suporta as péssimas condições de trabalho para preservar a chance de fazer história, com as próprias mãos (SORATTO; OLIVIER-HECKLER, 2000).

Nesse sentido, foram elencadas as seguintes categorias em relação ao que o professor menos gosta no trabalho docente:

Divergência sobre o processo pedagógico-administrativo: trabalhar com conteúdos educacionais que não são relevantes, burocracia, retrabalho e atividades impositivas sem abertura para o debate, desvalorização de algumas áreas do saber (por exemplo: Educação Física) em relação a outras, carga horária de trabalho excessiva que contempla o fazer dentro da instituição de ensino e fora dela, não transparência no processo de atribuição de aulas, falta de incentivos para participação em congressos e até na criação de um evento pela rede municipal de educação, remuneração depreciada, falta de acompanhamento e integração da equipe gestora, fazer relatórios, número excessivo de

alunos nas salas de aula em algumas unidades escolares.

Quanto maior a defasagem entre o 'trabalho como deve ser' e a 'realidade do trabalho' nas escolas, maior o investimento afetivo e cognitivo exigido do professor, maior o esforço realizado e, consequentemente, maior o seu sofrimento cotidiano no trabalho. Sofrimento que tem sentido quando o professor identifica reconhecimento pelos outros e por si mesmo com relação à sua competência profissional, significando um trabalho pleno de sentido (LOCATELLI; VIEIRA; DINIZ, 2017).

Tudo que a organização escolar fornece ao trabalhador a coloca como uma das piores organizações para trabalhar: baixos salários, condições precárias, falta de flexibilidade na administração de recursos, pouca perspectiva na progressão de carreira. No entanto, o trabalho é importante, exigente e sem reconhecimento e valorização à altura (MOURA *et al*., 2019).

> "Ter que ensinar algo que não considero realmente importante." (P1)

> "Papelada, burocracia, linha de pensamento e de trabalho que não surtem o resultado esperado, que não acreditamos, porém somos obrigadas a trabalhar, sem ao menos sermos preparadas antes." (P4)

Muitas vezes, o professor se depara com exigências burocráticas excessivas, com uma gestão antidemocrática, verticalizada que não contempla a participação da comunidade nas decisões da escola e na elaboração coletiva dos projetos (KASPER; RINALDI, 2020). Além disso, o distanciamento das famílias na vida escolar dos seus filhos, a falta de comprometimento com o processo educativo por parte dos estudantes e o tempo insuficiente de trocas com os pares gera frustração e impotência.

> "Da carga horária, se fosse melhor remunerado, trabalharíamos menos." (P9).

A insatisfação do docente se deve principalmente à desvalorização da profissão, que é causa e consequência da precariedade nas condições de trabalho e de representatividade social. A educação vem abraçando cada vez mais responsabilidades, sobrecarregando o papel do docente, no entanto as políticas públicas de assistência ao trabalhador tem deixado de lado esses profissionais. Como eles podem ser considerados agentes de mudança em uma sociedade que os desvaloriza cada vez mais (BIROLIM *et al*., 2019).

> "A política (método) da prefeitura em relação à atribuição de aulas. A falta de encontros e congressos na rede municipal." (P8)

> "Fazer relatórios ...a equipe gestora deveria ser mais presente no dia-a-dia do trabalho docente." (P11)

> "O número de alunos por sala me chateia um pouco..." (P14)

Estresse: gerado pela carga horária de trabalho total, remuneração, falta de união docente, famílias dos alunos e falta de educação e respeito.

A qualidade de vida dos(as) professores(as) pode ser associada à sobrecarga de trabalho e consequente negligenciamento do autocuidado, baixa remuneração, a falta de companheirismo dos seus pares acarretando em sentimentos negativos com relação a atividade exercida, predisponentes à síndrome de Burnout (ALBUQUERQUE *et al*., 2018). Outras variáveis que podem gerar estresse no ensino básico são: o sistema; o estilo de gerenciamento; a personalidade do gestor; o estilo de liderança e a inadequação estrutural das escolas (HANZELMANN *et al*., 2020). No entanto, medidas de caráter administrativo podem reduzir sensivelmente problemas que envolvem a relação estresse e professor.

> “O stress gerado pelas famílias e colegas.” (P17);

> “Se fôssemos melhor remunerados, nosso trabalho teria uma melhor qualidade e menos stress.” (P9).

Entre as fontes estressoras no ensino fundamental estão: número excessivo de alunos por classe; ruídos excessivos de atividades extraclasse ou da rua; gerenciamento de situações entre alunos, de alunos e de pais; clima de hostilidade e competição negativa entre os colegas; sensação de ameaça e perda de controle com relação à violência e ao uso de substâncias psicoativas por parte dos alunos; abordagem de temas transversais para os quais não tem preparo; condições ruins de trabalho; falta de perspectiva de crescimento; pressão para aprovação de alunos para atingir metas governamentais (BIROLIM *et al*., 2019).

O mal-estar docente pode ter efeitos permanentes que afetam a personalidade do(a) professor(a) gerando sentimentos negativos, ansiedade, depressão, fragilidade emocional, desmotivação, além de insensibilidade e postura desumanizada, o que resulta no “ciclo degenerativo da eficácia docente” (ESTEVE, 1999).

Indisciplina dos educandos: correria do trabalho, barulho excessivo, desrespeito e postura inadequada em viver e fazer parte de um ambiente socialmente diversificado/ híbrido, falta educação familiar de “berço”. A indisciplina muitas vezes é compreendida como uma transgressão às regras morais e convencionais e/ou falta de limites.

> “A correria e o barulho de uma escola.”, (P2).

O barulho do ambiente escolar, a indisciplina dos alunos e a movimentação em sala de aula são aspectos dificultadores da atividade laboral docente podendo desencadear sensações de prazer, sobrecarga e incômodo nas pessoas (SOUSA *et al*., 2016).

> “Ter que advertir verbalmente os alunos constantemente …gastamos tempo demais disciplinando os alunos acerca dos repetidos comportamentos que desfavorecem as aulas e/ou desrespeitam o próximo. As aulas são muito prejudicadas.” (P6)

> “...ter que educar crianças sem educação de casa ...devo ensinar e acabo dedicando muito tempo em educar também.” (P7)

De modo geral a indisciplina pode ser compreendida como um comportamento disruptivo que perturba e obstrui as relações na sala de aula. Segundo Santos (2015), estudantes indisciplinados sofrem distanciamento afetivo, enquanto os disciplinados têm mais êxito e recebem mais atenção.

A indisciplina pode emergir a partir do desinteresse do estudante, mediante a inadequação da metodologia empregada pelo docente, bem como da falta de autoridade atribuída ao professor, prejudicando a qualidade do processo de ensino-aprendizagem e aumentando o estresse do educador, seguido pela influência do meio social, na consolidação dos valores morais e éticos dos educandos, infraestrutura inadequada (SANTOS; PASCOINHO, 2020; SOUSA *et al*., 2016).

Uma proposta que mude esse cenário é investir na construção de processos autônomos, dialógicos, emancipatórios, cooperativos, afetivos,com currículos significativos para o contexto, práticas pedagógicas dinâmicas e tecnológicas, criação desses espaços deliberativos e conselhos escolares e em equipes de mediação e intervenção para resolução de problemas dentro da própria comunidade escolar, que privilegie a compreensão e a formação humana (LOPES; GOMES, 2012).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, depreendemos que os professores investigados evidenciam a sua profissão relacionada ao sentido vocacionado, de missão, ao mesmo tempo com uma visão progressista, no que concerne à transformação. Relacionam ainda a profissão docente à formação da cidadania, transformação da sociedade, além de significativo grau de realização profissional e pessoal.

Todavia, revelam dificuldades na profissão, entendendo-a como influenciada pelas políticas públicas, muitas vezes dissonante da realidade local, pela deficiência da estrutura do serviço como um todo, dificuldades e conflitos relacionados à manutenção dos níveis de saúde mental dos integrantes da escola, fundamentalmente do professor e do estudante. Destacaram contratempos na relação com as famílias.

Como limitação deste estudo, destaca-se a dificuldade de selecionar evidências científicas que versam sobre os aspectos positivos da docência no ensino básico em virtude da escassez literária atualizada, pois são apresentadas mais as adversidades. Ainda, cabe ressaltar que esta pesquisa retrata uma realidade regionalizada. Logo, é de suma importância a realização de estudos nesta temática num panorama amplificado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.S.C *et al*. Exploração e Sofrimento Mental de Professores: um estudo na rede estadual de ensino do Paraná. **Trabalho, Educação e Saúde**, [*S.l.*], v. 16, n. 3, p. 1287-1300, 13 ago. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições, 2011. 229 p.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T (org.). **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 282 p.

BIROLIM, M.M. *et al*. Trabalho de alta exigência entre professores: associações com fatores ocupacionais conforme o apoio social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*S.l.*], v. 24, n. 4, p. 1255-1264, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº. 9.394/96. Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_20dez_site.pdf. Acesso em: 06 dez. 2020.

BUENO, S.M.V. **Tratado em educação preventiva em sexualidade, DST-AIDS, drogas e violência nas escolas**. Ribeirão Preto: FIERP, 2009. p. 193.

CODO, W; GAZZOTTI, A.A. Trabalho e afetividade. *In:* CODO, W (coord.). **Educação**: carinho e trabalho. 2ª. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000. p. 48-59.

ESTEVE, J.M. **O mal-estar docente**: a sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: EDUSC, 1999. p.170.

FREIRE P. **Educação como prática da liberdade.** 27 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011. p.157.

HANZELMANN, R.S. et al. Estresse do professor do Ensino Fundamental: o ambiente em evidência. **Research, Society And Development**, [*S.l.*.], v. 9, n. 8, p. 1-20, 22 jun. 2020. Disponível em: https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2910/4439. Acesso em: 04 dez. 2020.

IMBERNÓN, F. **Formação Continuada de Professores.** Tradução Juliana dos Santos Padilha Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 120.

KASPER, S.A.; RINALDI, R.P. Condições de Trabalho docente na Escola Pública de Tempo Integral. **Colloquium Humanarum**, [*S.l.*.], v. 17, n. 1, p. 26-48, 17 maio 2020.

LOCATELLI, A.S.; VIEIRA, L.F.; DINIZ, A.T. **Gênero e Trabalho Docente na Educação Infantil**. 2017. Disponível em: http://redeestrado.org/xi_seminario/pdfs/eixo8/367.pdf. Acesso em: 06 dez. 2020.

LOPES, R. B.; GOMES, C. A. Paz na sala de aula é uma condição para o sucesso escolar: que revela a literatura?. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro , v.20, n.75, p. 261-282, Jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362012000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.

MARÇAL, H.; SCHLINDWEIN,V. Prazer e sofrimento na polícia militar: uma revisão de literatura. **Revista Trabalho (En) Cena**., Palmas-TO, v. 5 n.1, 2020: Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/8244. Acesso em: 06 dez. 2020.

MELEIRO, A. M. A. S. O stress do professor. *In*: LIPP, M. (org.). **O stress do professor**. 6ª. ed. Campinas, SP: Papirus, 2008. p. 11-28.

MOURA, J.S. *et al*. A precarização do trabalho docente e o adoecimento mental no contexto neoliberal. **Revista Profissão Docente**, [*S.l.*], v. 19, n. 40, p. 01-17, 7 jun. 2019.

NÓVOA, A. Firmar a posição como professor, afirmar a profissão docente. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 47, n. 166, p. 1106-1133, Dez. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000401106&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 dez. 2020.

OSTI, A.; TASSONI, E. C. Afetividade percebida e sentida: representações de alunos do ensino fundamental. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 49, n. 174, p. 204-220, Dez. 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742019000400204&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.

PENA, L.; REMOALDO, P. Psicodinâmica do Trabalho: um estudo sobre o prazer e o sofrimento no trabalho docente na Universidade Óscar Ribas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 147-159, dez. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400147&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 dez. 2020.

RIBEIRO, A.D.S.; SILVA, N. Sentido e significado de felicidade no trabalho para professores. **Navus**, Florianópolis, v. 10, p. 1-19, jan/dez.. 2020. Disponível em: http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/view/1266/pdf. Acesso: 06 dez. 2020.

ROCHA, S.R.; MARTINS, M.C.C. Qualidade de Vida e Condições de Trabalho de Professores do Ensino Básico. **Revista do Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica**, [*S. l*], v. 6, n. 1, p. 48-67, jan./jun. 2018.

SANTOS J.C. A prática educativa no ensino fundamental. **REFACS**, v.3, n.1, p. 12 - 16, 2015.

SANTOS, J. S.; PASCOINHO, J. C. Prevenção da indisciplina num agrupamento de escolas de Portugal. **Educ. Pesqui.**, São Paulo , v. 46, e212779, 2020 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022020000100501&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.

SORATTO L., OLIVIER-HECKLER C. Trabalho: atividade humana por excelência. P. 111-121. 2000. CODO, W. (coord). **Educação:** carinho e trabalho. 2ª. edição. 2000. Petrópolis, RJ; Editora Vozes.

SOUSA, A.P. de *et al*. Concepções dos professores do ensino básico sobre Indisciplina dos alunos em sala de aula: Município de Brejo dos Santos – PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 577-588, ago./dez. 2016.

VASQUES-MENEZES I. Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica. *In:* JACQUES MG; CODO W. (orgs.) **Saúde mental & trabalho:** leituras. Petrópolis (RJ); Editora Vozes, 2ª. edição; 2002. P.193-208.

CAPÍTULO 22

PRO-AQUÁTICA: HIDROGINÁSTICA "SHALLOW-WATER", UMA AÇÃO EXTENSIONISTA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 05/01/2021

Walcir Ferreira Lima
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho – PR
https://orcid.org/0000-0003-0932-7969

Silvia Bandeira da Silva Lima
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0002-6862-2944

Mariane Aparecida Coco
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0002-5995-7363

Thais Maria de Souza Silva
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0003-0737-1886

Aryanne Hydeko Fukuoka Bueno
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0002-7561-9591

Aline Gomes Correia
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0003-4661-2021

Andreza Marim do Nascimento
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0003-0791-3139

Thainá da Silva Martins
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0002-9040-7511

Maria Eduarda dos Santos Firmino
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0003-2684-7480

Nelson Aparecido Martins Filho
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0002-0215-2513

Tamiris Dynczuki Ribeiro
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0002-6456-2374

Flávia Évelin Bandeira Lima
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) – Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho - Paraná
https://orcid.org/0000-0002-7026-3354

RESUMO: O termo Hidroginástica ou Ginástica Aquática, surgiu na Alemanha, e foi definido

como o conjunto de exercícios físicos executados na água. Essa prática é procurada por diferentes grupos, como idosos, gestantes, adultos, deficientes, cujo objetivos e expectativas são muito diferentes. Após o retorno das atividades presencias na Universidade Estadual do Norte do Paraná, os membros do projeto Pró Aquática promoverão palestras com diferentes abordagens, para a comunidade interna e externa da UENP. O público praticante são gestantes, deficientes, idosos, adultos. Os programas de utilizados são *Hidroflot*, dois a dois, *Waterkick*, intervalada, *Hidrosport, Watai, Hidrocore, Step*, Recreativa. A metodologia das aulas possui a seguinte sequência: aquecimento, parte principal, relaxamento e recursos didáticos importantes. Os materiais utilizados nas aulas: step, halteres, luvas, tornozeleiras, *acquatubos* ou espaguete, prancha e bastão. Os resultados esperados são atrair novos participantes, de diferentes faixa-etárias e conscientizar a comunidade sobre a importância e os benefícios que a Hidroginástica *Shallow-Water* oferece.
PALAVRAS-CHAVE: Atividade Motora, Esportes Aquáticos, Relações Comunidade-Instituição.

PRO-AQUATIC: HYDROGINASTIC “SHALLOW-WATER”, AN EXTENSIONIST ACTION

ABSTRACT: The term Hydrogymnastics or Aquatic Gymnastics, appeared in Germany, and was defined as the set of complementary exercises in water. This practice is sought by different groups, such as the elderly, pregnant women, adults, the disabled, goals and expectations are very different. After returning from the activities at the State University of Northern Paraná, the members of the Pro Aquática project will promote lectures with different options, for the UENP internal and external community. The practicing public is pregnant, disabled, elderly, adults. The programs used are Hidroflot, two by two, Waterkick, interval, Hidrosport, Watai, Hidrocore, Step, Recreational. The methodology of the classes has the following sequence: warm-up, main part, relaxation and important teaching resources. The materials used in the classes: step, dumbbells, gloves, anklets, acquatubos or spaghetti, board and stick. The expected results are to attract new participants, from different age groups and to raise the community’s awareness of the importance and benefits that Shallow-Water Hydrogymnastics offers.
KEYWORDS: Motor Activity, Water Sports, Community-Institution Relations.

1 I INTRODUÇÃO

A história da Hidroginástica remete-se a Roma do século II a.C., onde eram utilizados diversos tipos de banhos públicos, com finalidades curativas e recreacionais (BONACHELA, 2004). Em 1967 foram criadas piscinas rasas que passaram a ser utilizadas de forma terapêutica, e posteriormente, nos Estados Unidos, foram desenvolvidos programas de reabilitação na água (BONACHELA, 2004; SANTANA, 2007).

O termo Hidroginástica ou Ginástica Aquática, surgiu na Alemanha, e foi definido por Bonachela (2001), como o conjunto de exercícios físicos executados na água, cujo objetivo é aumentar a força e a resistência muscular, melhorar a capacidade respiratória e a amplitude articular, utilizando a resistência da água. *Shallow-Water* (águas rasas), em

outros termos, é aquela atividade aquática praticada na parte rasa da piscina, onde os praticantes têm contato com o fundo da piscina e, a água chega até aproximadamente seus cotovelos.

Essa prática é procurada por diferentes grupos, como idosos, gestantes, adultos, deficientes, cujo objetivos e expectativas são muito diferentes (FERNANDES, 2011), e diversos estudos têm evidenciado os benefícios da hidroginástica para esses indivíduos (BETA et al., 2016; PANZIERA, C.; FEIJÓ, G. F., 2016; RODRIGUES et al., 2015; VEDANA et al., 2011). A maior demanda é formada pelos idosos, principalmente por ser uma atividade de baixo impacto articular e por proporcionar um ambiente agradável e confortável que a água oferece. Além disso, possibilita outros benefícios como a melhora da autoestima, autoimagem, autoconfiança e relações pessoais (PADRE; SILVA, 2020).

Os exercícios realizados na hidroginástica podem interferir em inúmeras habilidades físicas, como flexibilidade, coordenação do exercício e resistência muscular localizada, além de promover atividades sociais a partir do momento em que o exercício é realizado (CERRI; SIMÕES, 2007). De acordo com os benefícios da hidroginástica para seus praticantes, o objetivo do presente estudo é divulgar através de palestras para a comunidade interna e externa da UENP, uma das modalidades oferecidas pelo projeto Pró Aquática da Universidade Estadual do Paraná, e com isso aumentar o número de participantes do projeto, além de proporcionar a melhorar na qualidade de vida deste indivíduos.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Após o retorno das atividades presencias na Universidade Estadual do Norte do Paraná, os membros do projeto Pró Aquática promoverão palestras, que ocorrerão 1 vez por mês, com duração de aproximadamente 1 hora, abordando os seguintes tópicos: Histórico da Hidroginástica: como e onde surgiu, como chegou no Brasil; Conceito de Hidroginástica e Hidroginástica *Shallow-Water*; Relação das propriedades físicas da água na prática de Hidroginástica: densidade, resistência, flutuação, pressão hidrostática, viscosidade e temperatura; Benefícios da Hidroginástica: físicos, psicológicos e sociais; Públicos praticantes: gestantes, deficientes, idosos, adultos; Metodologia das aulas: aquecimento, parte principal, relaxamento e recursos didáticos importantes; Programas de Hidroginástica: *Hidroflot*, dois a dois, *Waterkick*, intervalada, *Hidrosport, Watai, Hidrocore, Step*, Recreativa; Materiais utilizados nas aulas: step, halteres, luvas, tornozeleiras, *acquatubos* ou espaguete, prancha e bastão. As palestras serão oferecidas a comunidade interna e externa da UENP, na própria universidade, com o intuito de aumentar o número de participantes do projeto e proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos com as aulas de hidroginástica.

3 | RESULTADOS ESPERADOS

Conscientizar a comunidade sobre a importância e os benefícios que a Hidroginástica *Shallow-Water* oferece. Atrair novos participantes, de diferentes faixa-etárias para o projeto. Proporcionar qualidade de vida aos participantes. Incentivar os acadêmicos do curso de Educação Física a trabalharem com essa modalidade e suas variações.

AGRADECIMENTOS

A UENP, pela oportunidade e incentivo para o desenvolvimento de Projetos de Extensão. Ao Grupo de Estudo em Desempenho Motor, Esporte e Saúde (*GEDMES*), pelo incentivo e realização do projeto ofertado a comunidade.

REFERÊNCIAS

BÊTA, F. C. O.; DIAS, I. B. F.; BROWN, A. F.; ARAUJO, C. O.; SIMÃO, R. F. Comparação dos efeitos do treinamento resistido e da hidroginástica na autonomia de indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 10, n. 58, p. 220-224, 2016.

BONACHELA, V. **Manual básico de hidroginástica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

BONACHELA, V. **Hidro localizada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2004.

CERRI, A. d. S.; SIMÕES, R. Hidroginástica e Idosos: por que eles praticam? **Movimento (ESEFID/ UFRGS)**, v. 13, n. 1, p. 81-92, 2007.

FERNADES, R. Aspecto histórico, conceitos fundamentais: Hidroginástica, saúde, qualidade de vida e Educação Física. **EFDesportes. com**. Revista digital. Buenos Aires, ano15, 2011.

PADRE, C. B. D. S.; SILVA, B. G. A Importância da Hidroginástica em Idosos para sua Qualidade de Vida. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC**, v. 3, n. 1, p. 11-17, 2020.

PANZIERA, C.; FEIJÓ, G. F. A hidroginástica para deficientes visuais. *In*: **Educação Física inclusiva**. Porto Alegre: Editora Universitária Metodista, 2016. p. 83-97.

RODRIGUES, R.; TAREVNIC, R.; BARRETO, A. C.; DIAS, I; REIS, M. Respostas hemodinâmicas de gestantes praticantes de hidroginástica. **Motricidade**, v. 11, n. 4, p. 201, 2015.

SANTANA, A. **Hidroginástica: origem e evolução**. 2007. Disponível em: adsonbarros.blogspot.com.br/2007/08/hidroginastica.html. Acesso em: 23/10/2020.

VEDANA, T. A.; SANTOS, R. N.; PEREIRA, J. M.; ARAUJO, S. P.; PORTES JUNIOR, M. P.; PORTES, L. A. Influência da hidroginástica sobre a composição corporal, aspectos cardiovasculares, hematológicos, função pulmonar e aptidão física de adultos e idosos. **Brazilian Journal of Biomotricity**, v. 5, n. 2, p. 65-79, 2011.

CAPÍTULO 23

QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS E SANITÁRIAS NA ATUAÇÃO DE AGENTES AMBIENTAIS COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS NO MUNICÍPIO DE MATINHOS-PR

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 08/12/2020

Jonatas Mesquita Lell
Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral
Curso de Gestão Ambiental
Matinhos – Paraná
http://lattes.cnpq.br/0876272775194962

Anielly Dalla Vecchia
Universidade Federal do Paraná, Programa de pós graduação em Políticas Públicas
Curitiba – Paraná
http://lattes.cnpq.br/5450463706227175

Andressa Christiane Buss Schlemper
Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Rede Nacional para Ensino das Ciências Ambientais
Guaratuba – Paraná
http://lattes.cnpq.br/7274603694076294

Francielly Dalla Vecchia
Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral
Licenciatura em Geografia
Matinhos – Paraná
http://lattes.cnpq.br/9743563506639644

Edna de Meira Coelho
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Licenciatura em Filosofia
Matinhos - PR
http://lattes.cnpq.br/8253155748133179

Heleonora Susana Razente
Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL)
Especialização em Auditoria em Saúde
Guaratuba - PR
http://lattes.cnpq.br/9436306034489373

RESUMO: O Município de Matinhos conta atualmente com duas associações de coletores e selecionadores de Resíduos Sólidos Urbanos (RSU), são elas: AMAGEM (Associação de Agentes Ambientais do Vila Nova) e a ANCRESMAT (Associação dos Coletores e Selecionadores de Resíduos Sólidos de Matinhos). O objetivo deste estudo consiste na análise do trabalho realizado nas cooperativas e associações de catadores de materiais recicláveis do Município de Matinhos, auxiliando na discussão da prática socioeconômica destes agentes ambientais. Esta pesquisa caracteriza-se como uma revisão de literatura, o qual tem como objeto de estudo as ações referentes ao gerenciamento dos resíduos sólidos urbanos produzidos pelo Município de Matinhos - PR. Para o seu desenvolvimento foram realizadas duas abordagens: observação *in situ* e análise bibliográfica baseada publicações e documentos oficiais acerca do tema de manejo dos resíduos urbanos. Nos resultados evidenciou-se que a principal atividade econômica destas associações se classifica como atividade de associações de defesa de direitos sociais, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). E as atividades econômicas secundárias, são: Recuperação de materiais plásticos e metálicos, exceto alumínio; Recuperação de sucatas de alumínio e, coleta de resíduos não-perigosos. Para além da discussão acerca da vulnerabilidade socioambiental, destacam-se riscos sanitários e laborais enfrentados diariamente pelos selecionadores dos resíduos sólidos atuantes nestas associações. Fato é que o preconceito e a vulnerabilização do trabalho dos agentes

ambientais recicladores e selecionadores dos RSU ainda são evidentes e recorrentes. O cenário identificado neste estudo reafirma que os impactos da má gestão dos resíduos sobre o ambiente e a sociedade tendem a contribuir com a injustiça ambiental, e com o aumento dos riscos à saúde dos trabalhadores das referidas associações e consequentemente para os moradores do município.
PALAVRAS-CHAVE: Saúde ambiental; Gestão ambiental; Ecossocioeconomia; Políticas Públicas.

SOCIOECONOMIC AND SANITARY ISSUES IN THE PERFORMANCE OF ENVIRONMENTAL AGENTS COLLECTORS OF URBAN SOLID WASTE IN THE MUNICIPALITY OF MATINHOS-PR

ABSTRACT: The Municipality of Matinhos currently has two associations of urban solid waste collectors and sorters (RSU), namely: AMAGEM (Vila Nova Environmental Agents Association) and ANCRESMAT (Matinhos Solid Waste Collectors and Sorters Association). The objective of this study is to analyze the work carried out in cooperatives and associations of recyclable material collectors in the Municipality of Matinhos, helping to discuss the socioeconomic practice of these environmental agents. This research is characterized as a literature review, which has as object of study the actions related to the management of urban solid waste produced by the Municipality of Matinhos - PR. For its development, two approaches were carried out: in situ observation and bibliographic analysis based on official publications and documents on the theme of urban waste management. The results showed that the main economic activity of these associations is classified as activity of associations for the defense of social rights, according to the National Classification of Economic Activities (CNAE). Secondary economic activities are: Recovery of plastic and metallic materials, except aluminum; Recovery of aluminum scraps and collection of non-hazardous waste. In addition to the discussion on socioenvironmental vulnerability, health and work risks faced daily by the solid waste pickers working in these associations stand out. The fact is that the prejudice and the vulnerability of the work of environmental agents who recycle and select MSW are still evident and recurring. The scenario identified in this study reaffirms that the impacts of poor waste management on the environment and society tend to contribute to environmental injustice, and to the increased health risks of workers in these associations and, consequently, for residents of the municipality.
KEYWORDS: Environmental health; Environmental management; Ecosocioeconomics; Public policy.

1 | INTRODUÇÃO

O presente ensaio teórico faz parte das atividades sobre descrição dos desafios urbanos e territoriais e das políticas públicas envolvidas para auxiliar a gestão urbana e ambiental. Optou-se então em tratar dos aspectos socioambientais e econômicos relacionados as atividades do manejo dos Resíduos Sólidos Urbanos.

Os resíduos sólidos urbanos, são produtos oriundos das atividades humanas, descartados na maioria das vezes irregularmente na natureza. A produção de resíduos

sólidos urbanos (RSU) têm aumentado numa escala considerável, sabe-se que a falta de gerenciamento destes resíduos causa impactos negativos na saúde e no meio ambiente. Diante deste cenário, é necessário que as medidas tomadas para gerenciamento dos resíduos sólidos sejam muito bem estudadas adotando-se de técnicas adequadas de manejo (BRINGHENTI, 2004).

Segundo Ferreira (1995), a nossa civilização chega ao século XXI com o título de civilização dos resíduos, marcada pelo desperdício e pelas inúmeras contradições de um desenvolvimento industrial e tecnológico sem precedentes. A utilização dos recursos da biosfera como se fossem inexauríveis, associado ao descarte de produtos artificiais e desconhecidos dos agentes naturais diário à biosfera, ultrapassando os limites da capacidade dos ciclos naturais e dos fluxos de energia.

A geração desses resíduos é crescente, principalmente em decorrência do consumo indisciplinado da sociedade e inversamente proporcional aos recursos disponíveis para o seu acondicionamento, tratamento e eliminação (DALL'AGNOL, FERNANDES; 2007).

O objetivo deste estudo baseia-se na análise do trabalho realizado nas cooperativas e associações de catadores de materiais recicláveis do Município de Matinhos, através de revisão bibliográfica, auxiliando na discussão da prática socioeconômica destes agentes ambientais.

2 | DESENVOLVIMENTO: PROBLEMÁTICA VIVENCIADA

Embora não existam dúvidas sobre a importância da atividade de limpeza urbana e gestão dos RSU para o meio ambiente, saúde e qualidade de vida, esta percepção não se tem traduzido em ações efetivas que possibilitem mudanças significativas, uma realidade evidenciada em toda a América Latina, inclusive no Brasil. Os efeitos adversos dos resíduos sólidos municipais no meio ambiente e na saúde coletiva apontam as deficiências nos sistemas de coleta e a ausência de uma política de proteção à saúde do trabalhador, como os principais fatores geradores desses efeitos (FERREIRA, ANJOS, 2001).

O interesse ao valor econômico agregado dos resíduos sólidos, associados a ampliação do mercado de reciclagem e o aumento do desemprego a partir da década de 90, alteraram o mercado de produtos recicláveis no Brasil. Além da implementação de políticas públicas que incentivam parcerias entre governos municipais e cooperativas de catadores, expandiu-se significativamente o número de catadores de rua, empresas recicladoras e outros empreendimentos privados interessados na coleta e comercialização de resíduos sólidos recicláveis. Neste sentido, o trabalho dos coletores de lixo torna-se relevantes na resolução de problemas referentes ao consumo indiscriminado e à utilização crescente de diversos produtos descartáveis e alimentos de origem industrial (DEMAJOROVIC, BESEN, RATHSAM, 2004; CARVALHO et al, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), copilou uma série de estudos que

relacionavam a ocorrência de diversas patologias com a presença dos resíduos sólidos (WHO, 2007). Com base nestas evidências, cabe salientar que, questões que envolvem os RSU devem ser vistas como de cunho socioambiental, permeada por situações de vulnerabilidade e injustiça ambiental e de saúde pública/coletiva (JACOBI, BESEN, 2011; GOUVEIA, 2012; OLIVA JÚNIOR, FREIRE, 2013; CARVALHO, et al 2016).

Estudos evidenciam os perigos da manipulação do lixo e os agravos à saúde que podem ocorrer aos coletores, dentre eles, comprometimentos respiratórios, musculares e cardiovasculares, tabagismo e alcoolismo. Destacam-se ainda, patologias ergonômicas relacionadas a postura e higiene do trabalho e falta de uso de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), sendo as mais recorrentes, lombalgias, perdas auditivas, cortes, contusões e outras lesões semelhantes, até acidentes de trabalho durante a realização da coleta. Esses acidentes associam-se a vários fatores, tais como, mal acondicionamento dos RSU por parte da população, manobra com veículos, mordedura e/ou contaminação com animais, atropelamentos, dentre outros (FORATTINI, 1969; ILÁRIO, 1989; ROBAZZI, et al. 1994; CARVALHO et al, 2016).

No Brasil esses trabalhadores costumam receber uma remuneração que varia entre 1 (um) e 3 (três) salários-mínimos. Cabe ainda salientar que, dificilmente a remuneração condiz com a importância do serviço por eles executados e os riscos inerentes a atividade desempenhada (ROBAZZI, et al. 1994; CARVALHO et al, 2016). Assim sendo, as questões envolvendo a baixa remuneração, os desafios encontrados na função, a falta de reconhecimento da importância do trabalho realizado, os riscos sanitários e ambientais à que estão expostos e o preconceito, caracterizam-se como a principal justificativa deste estudo.

O Município de Matinhos conta atualmente com duas associações de coletores e selecionadores de Resíduos Sólidos, s**ão elas:** AMAGEM (Associação de Agentes Ambientais do Vila Nova) e a ANCRESMAT (Associação dos Coletores e Selecionadores de Resíduos Sólidos de Matinhos). Sendo que a atividade econômica principal destas associações se classifica como: Atividades de associações de defesa de direitos sociais, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). E as atividades econômicas secundárias, são: Recuperação de materiais plásticos; Recuperação de materiais metálicos, exceto alumínio; Recuperação de sucatas de alumínio; Recuperação de materiais não especificados anteriormente; e, Coleta de resíduos não-perigosos, também segundo a CNAE (IBGE, 2019).

No Brasil, foi a partir da década de 80 que a legislação ambiental ganhou impulso. Em 1981, surge a Lei nº. 6.938, da Política Nacional do Meio Ambiente e logo após é implantada a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) a base oficial de dados sobre a produção dos resíduos sólidos urbanos desde 1983, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 1981; IBGE, 2002). Em 1985, é criada a Lei nº. 7.347, que dispõem sobre a ação civil pública de responsabilidade por danos causados

ao meio ambiente, seguida pela Constituição Federal de 1988, que diz no Art. 225*: "Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, [...]essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações".*

Após diversas tentativas de criação foi aprovada em janeiro de 2007 a Lei nº. 11.445 que estabelece as diretrizes nacionais para o Saneamento Básico. A Política Nacional de Resíduos Sólidos foi aprovada somente em 2010 mediante a Lei nº 12.305. (BRASIL, 1988; FRITSCH, 2000; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Na esfera Municipal a Lei Municipal Nº 1.098, de 13 de abril 2007, institui a política municipal de resíduos sólidos no Município de Matinhos, baseada em normas regulamentadoras do Sistema Nacional de Meio Ambiente pela Lei Estadual nº 12.493, de 22 de janeiro de 1999.

A Lei 1.098/2007 dispõem:

> "X - Aterro sanitário - A técnica de disposição final de resíduos sólidos *urbanos no solo, por meio de confinamento em camadas cobertas com material inerte, [...]de modo a evitar danos ou riscos á saúde e a segurança, minimizando os impactos ambientais[...];" e "XX - Lixão -* forma de disposição inadequada do lixo em vazadouros a céu aberto, sem a devida preocupação com as consequências para o meio ambiente [...] com riscos à saúde pública e os problemas sociais advindos da catação nesses locais;" (Lei Municipal 1.098, 2007 não paginado).

No ano de 2017 foi constituído o Consórcio Intermunicipal de Aterro Sanitário (CIAS), nos termos da Lei Municipal 1.723 de 10 de novembro de 2017, de Matinhos e Pontal do Paraná. Esta legislação tem como finalidade: *"propiciar condições adequadas à disposição dos resíduos sólidos provenientes da coleta urbana dos municípios consorciados, através de aterramento sanitário, utilizando-se para tanto das tecnologias disponíveis e possíveis."*

Ajuizou-se uma ação civil pública em agosto/2018 contra ambas as prefeituras e o Instituto Ambiental do Paraná (IAP) para regularizar a destinação de resíduos sólidos. O Ministério Público afirma que os RSU das duas cidades estão sendo dispensados de maneira irregular, o aterro transformou-se em um "*lixão a céu aberto, gerando graves riscos à saúde e ao meio ambiente e contaminação do solo e dos recursos hídricos*", representando o descumprimento das legislações que regulamentam a destinação destes resíduos (CORREIO DO LITORAL, 2018, não paginado). Conforme registrado *in situ*, Figura 1.

FIGURA 1 – LOCAL DE DESCARTE DOS RESIDUOS DO CIAS

Fonte: Os autores – Registrado em 08/2018

Segundo o Instituto Ambiental do Paraná (IAP), os aterros sanitários devem:

> "a) estar localizado fora da área de influência direta do manancial de abastecimento público; b) manter a área de disposição final a uma distância mínima de 200 m de rios, nascentes e demais corpos hídricos; em situações na qual forem previstas distâncias maiores, de acordo com o Código Florestal ou demais legislações aplicáveis no que diz respeito às áreas de preservação permanente - APP, estas deverão ser atendidas; c) estar localizado a uma distância mínima de 1500 m de núcleos populacionais, a partir do perímetro da área; d) estar localizado a uma distância mínima de 300 m de residências isoladas, a partir do perímetro da área; e) possuir sistema de impermeabilização, lateral e de fundo, com geomembrana ou sistemas de impermeabilização similares, não sendo autorizada disposição direta no solo; f) realizar cobertura diária dos resíduos, com camadas de solo ou outro material apropriado, reutilizável ou não; g) ser projetado para uma vida útil superior a 15 anos; h) possuir sistema de monitoramento de águas subterrâneas a montante e a jusante da área do empreendimento, conforme normas técnicas vigentes." (IAP, 2019, NÃO PAGINADO).

É possível observar que a realidade do aterro do CIAS está em desacordo com o estabelecido pelo IAP.

Estima-se que cerca de 64% dos RSU produzidos no país sejam dispostos a céu aberto, em lixões, 18% sejam dispostos em aterros controlados e aproximadamente 14%

encaminhados aos aterros sanitários (MESQUITA JÚNIOR, 2007).

Em relação as associações de coletores de materiais reciclados, há o Decreto Municipal Nº 411/2015, que concede permissão de uso de bens públicos a entidades de coletores e selecionadores de resíduos sólidos recicláveis para o desenvolvimento de atividades de interesse público, onde fica autorizada a outorga de permissão de uso a título gratuito em favor da Associação dos Coletores e Selecionadores de Resíduos Sólidos de Matinhos – ANCRESMAT e da Associação Municipal dos Agentes Ambientais de Matinhos - AMAGEM de um veículo de propriedade do Município de Matinhos para cada entidade: Caminhão com Carroceria Fechada, Cor Branca. Os veículos citados neste Decreto somente poderão ser utilizados para atividades de coleta, transporte e destinação final dos resíduos sólidos recicláveis no âmbito do território do município (conforme figura 2).

FIGURA 2 – VEÍCULOS UTILIZADOS PARA COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS RECICLÁVEIS EM MATINHOS (AMAGEM)

Fonte: Os autores – Registrado em 08/2018

O trabalho dos agentes coletores e recicladores é realizado dentro dos barracões sede das associações. Após a coleta dos resíduos sólidos recicláveis os agentes fazem a triagem, seleção e separação dos materiais, conforme figuras 3 e 4.

FIGURA 3 – BARRACÃO DA AMAGEM, LOCAL DE TRIAGEM, SELEÇÃO E SEPARAÇÃO DOS MATERIAIS

Fonte: Os autores – Registrado em 08/2018

FIGURA 4 – PRENSA UTILIZADA PARA COMPACTAÇÃO DE MATERIAIS (AMAGEM)

Fonte: Os autores – Registrado em 08/2018

A produção de RSU nas cidades brasileiras é inevitável, este fenômeno ocorre diariamente, variando de acordo com a população e desenvolvimento econômico da comunidade. A Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (ABRELPE) realizou um levantamento afirmando que o Brasil produziu no ano de 2017 cerca de 78 milhões de toneladas de resíduos sólidos urbanos por ano, sendo

aproximadamente 71 milhões de toneladas o montante coletado e pouco mais de 7 milhões de toneladas de RSU não coletados tendo um descarte impróprio (GOUVEIA, 2012; ABRELPE, 2016; ROCHA et al, 2019).

A deficiência de planejamento, aliada à ineficiência das políticas públicas no que tange o cumprimento das legislações existentes, podem favorecer a falta de gestão dos RSU nas diferentes regiões brasileiras, corroborando com a atual realidade em relação a gestão destes resíduos em todos os seus níveis, sendo: coleta, transporte e depósito, sem nenhum tipo de cuidado ou tratamento, resultando ainda em uma série de impactos ambientais e sanitários territoriais (Barbosa, 2018; ROCHA et al, 2019).

As associações e cooperativas de recicladores e selecionadores de recicláveis muitas vezes, ou quase a totalidade delas, não recebem o devido reconhecimento por seus serviços prestados ao meio ambiente e sociedade, e consequentemente a saúde coletiva. A prática da reciclagem evita a exploração de recursos naturais e permite que eles sejam preservados para as futuras gerações, considerada uma prática sustentável, também relacionada ao conceito de responsabilidade social empresarial. A conscientização e participação da sociedade, do governo e de empresas no fortalecimento das associações e cooperativas de recicladores auxiliará na construção de um planeta mais saudável para se viver (OLICSHEVIS; RODRIGUES, 2017).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se então com base nos resultados apresentados que a população dos municípios componentes do CIAS, estão inseridas em um território de vulnerabilidade e injustiça ambiental e sanitária. Para além das questões de gestão e legais do manejo e descarte dos resíduos, devem-se considerar a gravidade do problema e criar ações efetivas em prol da construção de uma sociedade ambientalmente sustentável, socialmente justa e economicamente dinâmica, pressuposto para a resolução das questões ligadas aos RSU.

Em relação ao trabalho dos coletores componentes das associações de recicladores e selecionadores atuantes no Município de Matinhos, percebe-se a ausência de alinhamento entre a CIAS, Serviços Públicos e estas associações de coletores, e as diretrizes estipuladas nas leis e normas nacionais em relação aos resíduos sólidos.

Sobretudo, referentes ao transporte, depósito e manejo dos RSU, demonstrando falta de planejamento e importância despendida a esta problemática. O cenário identificado e explanado neste estudo reafirma que os impactos da má gestão dos resíduos sobre o ambiente e a sociedade tendem a contribuir com a injustiça ambiental, e com aumento dos riscos à saúde dos trabalhadores das referidas associações e para os moradores do município.

REFERÊNCIAS

ABRELPE - Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. **Panorama de Resíduos no Brasil** 2017. São Paulo: ABRELPE, 2017.

BARBOSA, L. L. **Racionalidade comunicativa ambiental e gestão dos resíduos sólidos em Teresina: encontros e desencontros de sentidos.** Teresina: Universidade de Federal do Piauí, 2018. (Dissertação de mestrado).

BRASIL. **Constituição Federal (1988).** Diário Oficial da União, 1988.

BRASIL**. Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico (Lei nº 11.445/07).** Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde ambiental para o setor saúde.** 1999. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs

BRASIL. **Política Nacional de Meio Ambiente** (1981). Diário Oficial da União, 1981.

BRASIL. **Política Nacional de Resíduos Sólidos** (Lei nº 12.305/2010). Diário Oficial da União, 2010.

BRINGHENTI, Jacqueline. **Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos Urbanos: aspectos operacionais e da participação da população.** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo [Tese de Doutorado], 2004.

CARVALHO, Vanessa Fernandes; SILVA, Mayara Dias da; SILVA, Lívia Maria de Souza; BORGES, Cristiane José; SILVA, Luiz Almeida da; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. **Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho: percepções dos coletores de lixo occupational**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(4):1185-93, abr., 2016.

CORREIO DO LITORAL .COM, **Aterro de Matinhos e Pontal virou lixão, denunciam promotores.** 12/08/2018. Disponível em: https://www.correiodolitoral.com/15274/aterro-de-matinhos-e-pontal-virou-lixao-denunciam-promotores/

DALL'AGNOL CM, FERNANDES FS. **Saúde e autocuidado entre catadores de lixo: vivências no trabalho em uma cooperativa de lixo reciclável**. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2014 Aug 08];15(spe):729-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010416920070007000003&lng=en Acesso em: 08/12/2020

FORATTINI, O. **Aspectos epidemiológicos ligados ao lixo**. In: UNIVERSIDADE DE SÂO PAULO. Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Lixo e limpeza pública. São Paulo, USP/OMS/OPS, 1969. cap.3. p.1-19.

FRITSCH, I. E. **Resíduos Sólidos e seus aspectos legais, doutrinários e jurisprudenciais**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Cultura, 2000.

GOUVEIA, N. **Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 6, p. 503-510, 2012. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600014 Acesso em: 08/12/2020

GOUVEIA, N. **Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 6, p. 503-510, 2012. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600014 Acesso em: 08/12/2020

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **CNAE – COMISSÃO NACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO.** DISPONIVEL EM: https://concla.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html?view=estrutura Acesso em: 08/12/2020

ILÁRIO, E. **Estudo da morbidade em coletores de lixo em um grande centro urbano.** Rev. Bras. Saúde Ocup., v.66, n.17, p.7-13. 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB)**. Rio de Janeiro, IBGE: 2002.

JACOBI, P. R.; BESEN, G. R. **Gestão de resíduos sólidos em São Paulo: desafios da sustentabilidade.** Estudos Avançados, v. 27, n. 71, p. 135-158, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-40142011000100010 Acesso em: 08/12/2020

MESQUITA JÚNIOR, J. M. **Gestão integrada de resíduos sólidos**. Rio de Janeiro: IBAM, 2007.

OLICSHEVIS, Flávio Ângelo; RODRIGUES, Alessandra Aparecida Berton. **A importância das associações de reciclagem para a sustentabilidade.** Eixo temático – Sustentabilidade. Faculdade CNEC Campo Largo, 2017.

OLIVA JÚNIOR, E. F.; FREIRE, R. S. **Os impactos ambientais decorrentes da produção de resíduos sólidos urbanos e seus riscos à saúde humana**. Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira, n. 8, p. 158- 171, 2013.

PONTAL DO PARANÁ. **Lei Municipal 1.723 de 10 de novembro de 2017**, Consórcio Intermunicipal de Aterro Sanitário (CIAS).

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS. **LEI Nº 1098, de 13 de abril 2007.** Política Municipal de Resíduos Sólidos no Município de Matinhos.

ROCHA, E. N. S.; PROTÁZIO, A. dos S.; LAUTON, D. C. R., MORAES, A. C. da S.; PROTÁZIO, A. dos S. **Resíduos Sólidos Urbanos No Sertão Baiano: Um Retrato Do Município De Barra Do Mendes, Estado Da Bahia, Brasil.** Revista Brasileira de Gestão Ambiental e Sustentabilidade (2019): 6(12): 197-208. ISSN 2359-1412 https://doi.org/10.21438/rbgas.061216

CAPÍTULO 24

UNIDADE DA DIVERSIDADE: O CASO DOS WARAO E O PAPEL DO CONSULTÓRIO NA RUA EM MANAUS

Data de aceite: 01/02/2021

Raquel Lira de Oliveira Targino

Rosiane Pinheiro Palheta
ID Lattes: 2460975694315988

Jacqueline Cavalcanti Lima

Hudson Andre Arouca Cauper

Maria de Nazaré Feitosa Xaud

Lúcia Helena de Araújo Jorge
Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Samuel Monteiro do Nascimento Barbosa
Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Cassiano Alencar de Vasconcelos Dias Jimenez
Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Alex Araújo Rodrigues
Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Ana Paula da Silva Lima
Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge

RESUMO: Recentemente, a cidade de Manaus tem recebido um significativo número de migrantes indígenas da Venezuela da etnia Warao que tem se intensificado a partir do final do ano de 2016 quando, mais de 500 indígenas entraram na cidade em condições insalubres e degradantes, em busca de refúgio do contexto ditatorial e da crise econômica e política naquele país. Esse fenômeno tem colocado inúmeros desafios para os Estados e municípios da região norte do Brasil que precisam dar respostas às inúmeras demandas apresentadas por esta população, sobretudo aquelas relacionadas à manutenção da vida. O Estado do Amazonas bem como a prefeitura de Manaus, passaram a desenvolver políticas emergenciais para os povos indígenas da Venezuela que apresentam uma diversidade de vulnerabilidades que precisam ser observadas para um trabalho com ênfase no aspecto humano. Neste trabalho, é evidenciada a experiência empírica da política de saúde no enfrentamento da questão sob a coordenação da Equipe de Consultório na Rua (CnaR) que é um dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender integralmente as pessoas em situação de rua que, neste caso, voltou-se aos índios venezuelanos.

PALAVRAS-CHAVE: Indígenas, Migração, Situação de rua, saúde.

UNITY OF DIVERSITY: THE CASE OF WARAO AND THE ROLE OF CONSULTING ON THE STREET IN MANAUS

ABSTRACT: Recently, the city of Manaus has received a significant number of indigenous Venezuelan migrants from the Warao ethnic group that has intensified since the end of 2016 when more than 500 indigenous people entered the city in unhealthy and degrading conditions, in

search of refuge. the dictatorial context and the economic and political crisis in that country. This phenomenon has posed countless challenges for the states and municipalities in the northern region of Brazil that need to respond to the countless demands presented by this population, especially those related to the maintenance of life. The State of Amazonas, as well as the Manaus City Hall, started to develop emergency policies for the indigenous peoples of Venezuela that present a diversity of vulnerabilities that need to be observed for work with an emphasis on the human aspect. In this work, the empirical experience of health policy in addressing the issue under the coordination of the Street Consultation Team (CnaR), which is a device of the Unified Health System (SUS), to fully assist homeless people who in this case, he turned to the Venezuelan Indians.
KEYWORDS: Ndigenous, Migration, Homelessness, health.

1 I INTRODUÇÃO

A temática da migração tem sido recorrentemente, trazida à baila nos últimos anos e tem colocado a questão dos direitos humanos no centro das discussões do mundo contemporâneo, entretanto, não é de hoje que o movimento migratório é um fato comum em todas as sociedades. A própria constituição da nação brasileira se deve, em parte, pelo fluxo migratório de diversos povos. Pode-se compreender então, que esse movimento sempre existiu, mas que atualmente vem ganhando maior destaque devido às diversas transformações que o mundo tem vivenciado, o que contribui significativamente para uma nova dinâmica de mobilidade humana e necessita de um novo olhar de governos, Estados, políticos e sociedade para as novas transformações em seu aparato e tomada de decisão diante das necessidades impostas pelos contínuos fluxos migratórios.

A Amazônia brasileira como destino de imigrantes europeus e asiáticos foi discutida por Emmi, 2009 que pesquisou sobre a presença italiana na Amazônia a partir da segunda metade do século XX. A autora coloca que um retrato da imigração internacional na Amazônia pode ser obtido através dos dados registrados no Anuário Estatístico do Brasil sobre o movimento imigratório no porto de Belém, onde foi registrado que, entre 1908 e 1910, entraram no porto de Belém cerca de 13.500 estrangeiros de várias nacionalidades, como portugueses (48,67%), espanhóis (15,98%), ingleses (7,18%), turco-árabes (4,69%) e os italianos (4,15%), tal fato foi associado ao crescimento econômico da Amazônia, decorrente da elevação dos preços da borracha nesse período.

Nesse prisma, pode-se destacar vários fatores presentes no fenômeno da migração tais como, desastres naturais, geralmente em função da exploração ambiental, crises políticas e socioeconômicas resultando em pobreza, fome, bem como guerras e perseguições políticas. Todos esses fatores ocasionam uma desestabilização no modo de vida habitual das pessoas, favorecendo, assim, o processo de migração (SCHWINN e COSTA, 2015).

O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados – ACNUR reúne e divulga dados sobre refugiados em todo o mundo, segundo dados de 2017, a cada minuto cerca

de 20 pessoas são forçadas a deixarem sua casa por conta de conflitos e perseguições, estima-se, portanto que aproximadamente 68,5 milhões de pessoas foram forçadas a se deslocarem em todo o mundo. Um ano depois o ACNUR (2018), estimulado pela situação da Síria, informou que mais de 5,6 milhões de pessoas foram forçadas a fugir da Síria desde 2011.

Os dados apresentados vêm mais uma vez corroborar com o entendimento de que o fenômeno da migração está longe de ser uma questão que afeta poucos países. A realidade mostra cada vez mais que o mundo vivencia um processo migratório contínuo, alguns países com maior intensidade que outros.

Diante desse fato, não raro observa-se que em alguns lugares tem se desenvolvido com maior intensidade políticas protecionistas, que visam limitar cada vez mais a migração internacional. Para além da proteção territorial, essas medidas contribuem para o aumento da discriminação, da xenofobia e da exclusão, uma vez que o imigrante é percebido comumente como alguém perigoso, um problema que pode afetar a convivência e a segurança nacional, pelo fato de geralmente, não partilhar dos mesmos valores morais e culturais do país em que está vivendo (VELASCO, 2014).

Vale ressaltar que imigrar não é meramente o ato de mudança de território, ou seja, não fala somente de questões geográficas, mas também de um novo idioma, nova cultura, novos valores e dinâmica de vida. Inúmeras perdas também estão atreladas a essa mudança, tais como: bens materiais, vínculos familiares, comunitários, sociais, e das referências socioculturais de origem.

Com relação ao Brasil, sabe-se que não há políticas restritivas dessa natureza, entretanto é fundamental que se possa pensar sobre a forma como os imigrantes são acolhidos e inseridos nesse novo território. Assim sendo, é importante que o Estado crie e promova condições para que os imigrantes vivam de forma digna (SCHWINN e COSTA, 2015).

O artigo pretende mostrar os resultados de uma política de saúde voltada a atender os indígenas Warao venezuelanos através da Equipe de consultório na Rua. Embora o atendimento tenha se configurado como um trabalho emergencial, foi necessário que a equipe se reinventasse dando respostas rápidas diante das condições em que os venezuelanos se encontravam uma vez que sua diversidade é unificada em diversas situações que colocam esses indígenas numa situação de extrema vulnerabilidade e ao mesmo tempo transformados em demanda de políticas emergenciais que de modo geral, não dão conta da complexidade requerida. Essa reinvenção e o modo como o cuidado em saúde foi efetuado, é o objetivo principal desse artigo.

2 I OS ÍNDIOS WARAO: MIGRANTES EM SITUAÇÃO DE RUA

Os anos de 2016 e 2017 se tornaram atípicos para o Brasil, principalmente

para alguns estados do norte do País, os mais afetados com a chegada de imigrantes venezuelanos. Gradativamente foi possível observar a mudança na configuração das cidades, das ruas e dos serviços e, até o presente momento, é possível encontrar com freqüência senhoras com vestidos coloridos, bem como crianças das mais diversas idades nas ruas e sinais por toda a cidade, fazendo o que eles denominam de “coleta”.

Zimerman (2017) afirma que Manaus (AM) e Porto Velho (RO), são as duas capitais que mais concentram haitianos, apontando estimativas do Sistema Nacional de Cadastramento e Registro de Estrangeiros (SINCRE), apontavam 1.495 haitianos na cidade, entre 2010 a 2014.

O autor chama a atenção para os dados da DELEMIG/AM, sobre a entrada de haitianos no Amazonas em 2016, que apontam 8.503 registros e associa esse aumento às algumas rotas construídas por esses imigrantes, *“seja daqueles que estavam na Venezuela e entraram no Brasil em busca de trabalho, como é o caso de haitianas que moram em Caracas e trabalham temporariamente em Boa Vista como ambulantes, ou daqueles que estavam em outras regiões do Brasil e pretendiam seguir para os Estados Unidos ou a Guiana Francesa”. (*Zimerman, 2017:12).

No caso dos venezuelanos, o autor fala de uma intensificação a partir de 2013, quando foram registradas 1.628 entradas no país aumentando para 9.320 registros com aumento exponencial em 2015 com o registro de 13.618 venezuelanos no Brasil.

> Na Fronteira com o Brasil, em Pacaraima, eles solicitam o status de refugiado, alegando violação de direitos humanos na Venezuela, condição que os preservam do risco de serem deportados. Segundo o CONARE, em 2015, 341 venezuelanos formalizaram o pedido de refúgio no Brasil, número que sofreu uma expressiva alteração em 2016, com 3.375 pedidos, já que esta era a única forma de permanecer legal no país. (Zimerman, 2017:13).

Dessa forma, é necessário compreender os determinantes históricos dessa população para não somente compreender sua dinâmica de vida, mas também estruturar melhor as formas de cuidado tendo em vista que essa população tem uma dupla especificidade: ser estrangeiro e indígena, o que a torna complexa para a elaboração de ações a elas destinadas. Historicamente os indígenas da etnia Warao são nativos da região norte da Venezuela e habitam o delta do rio Orinoco, no estado Delta Amacuro, onde viviam tradicionalmente da pesca, caça e coleta de frutos (CASTRO, 2000).

Originalmente, assim como outras etnias indígenas, os Warao levavam uma vida nômade, prática essa que vem se modificando ao longo do tempo e sendo substituída pelo sedentarismo e estabelecimento de vínculos em determinados lugares. Assim, observa-se que em algumas épocas do ano, os Warao se mudam para outras terras, deixando completamente vazias suas casas, anteriormente habitadas (LUGO, 2007).

A literatura científica aponta que desde meados da década de 70 é possível observar entre os indígenas Warao um movimento de migração para centros urbanos. As principais

causas apontadas se relacionam a degradação das condições naturais de subsistência, a invasão de suas terras por agricultores e a busca por melhores condições de vida, trabalho e alimentos nos grandes cidades (GARCIA- CASTRO, 2000).

Esse deslocamento ocorre principalmente em duas vias principais: o setor de serviços terceirizados (domésticos, mão-de-obra não qualificada, etc.) e a mendicância. Ressalta-se que essas opções estão intimamente relacionadas a outras questões, como por exemplo: o domínio do idioma local, o grau de instrução e escolaridade, capacitação profissional, as necessidades individuais, etc. Assim, o processo de deslocamento dos indígenas para os centros urbanos vai, inevitavelmente, produzir diferentes estruturas de relações e inter-relações (CASTRO, 2000).

Como as regiões mais próximas foram as que inicialmente receberam maior quantidade de indígenas, a capacidade de absorção do mercado de trabalho para essa demanda, determinaria em partes a receptividade dos indígenas, de acordo com os critérios citados. Para o restante, as opções possíveis seriam a mendicância e a prostituição, a princípio por falta de acesso ao mercado de trabalho, mais recentemente, contudo, pela possibilidade de conseguir mais lucro em pouco tempo (CASTRO, 2000; LUGO, 2007).

Observa-se, contudo que a migração dos Warao está se estendendo a locais mais distantes, devido principalmente à saturação ocorrida nas primeiras cidades (LUGO, 2007), o que leva a crer que o êxodo atingirá distâncias cada vez maiores em busca da satisfação de suas necessidades básicas. De fato, o que se pode perceber atualmente é que, assim como outros Países vizinhos, o Brasil se tornou, nesses últimos anos, um refugio para muitos indígenas.

Angioletti (2017) afirma que a migração se deu primariamente pela crise econômica e política da Venezuela, que se agravou em 2014, gerando um colapso no abastecimento de alimentos, medicamentos e insumos básicos. Desta forma, fatores como a falta de alimentos e o aumento da violência colaboraram para migração dos venezuelanos para diversos países, tal como o Brasil.

De acordo com o ACNUR (2018), estima-se que mais de 800 venezuelanos cruzaram a fronteira brasileira diariamente, durante o período de intensa migração. Calcula-se ainda que mais de 52 mil venezuelanos tenham chegado ao Brasil desde o início de 2017, desse total 25 mil solicitaram refúgio e 10 mil já o obtiveram.

A grande parte desses imigrantes venezuelanos entrou no Brasil pelo Estado de Roraima, que faz fronteira com a Venezuela, e após isso, boa parte deles migrou para cidade de Manaus, devido ao fácil acesso. Apesar de o Brasil ser um país que não impõe muitas restrições a entrada de imigrantes, também é fato que não possui uma política adequada para tal população.

Desta forma, percebeu-se que ao chegarem, os imigrantes venezuelanos da etnia Warao se alojaram nos arredores da rodoviária. Essa população permaneceu então em situação de rua e em extrema vulnerabilidade, sendo alvos das intempéries da natureza

características da região amazônica, bem como do assedio ao uso de drogas e da prostituição com fins de sobrevivência.

Somado ao fato de serem imigrantes e estarem vivendo em situação de rua, ainda pode-se destacar o agravante de serem indígenas. No Brasil, e principalmente na região Amazônica, onde inicialmente havia tantas e diversas etnias indígenas, era de se esperar que o índio fosse tratado com um diferencial, com respeito e dignidade. Entretanto, historicamente não foi o que aconteceu, uma vez que desde a época da colonização os indígenas vêem vivenciando toda sorte de exclusão, desapropriação e exploração (PALHETA, 2019).

Assim sendo é possível perceber que a população venezuelana da etnia Warao possui a característica de ser triplamente vulnerável, ou seja, tripla exclusão social: o de ser indígena em terra estrangeira, o de ser imigrante e quando chegam à cidade, tornam-se população de rua pois não possui moradia e ocupa os lugares públicos da cidade. Esse fato constitui uma unidade de diversidade porque nessa população há uma complexa teia de situações para as quais as políticas públicas ainda não têm conseguido dar respostas. Tal particularidade gerou inúmeras dificuldades sociais na cidade de Manaus, dentre elas a que se relaciona à saúde, que foi assumida pela estratégia Equipe de Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde que é responsável por prestar serviços de saúde à população em situação de rua da cidade de Manaus.

3 I O CUIDADO EM SAÚDE DISPENSADO AOS WARAO PELA EQUIPDE DE CONSULTÓRIO NA RUA

Um decreto da Presidência da República, institui em 2009 a Política Nacional da população em situação de rua que a definiu como “os grupos populacionais heterogêneos que possuem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que se utiliza de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Com o objetivo de prestar assistência em saúde à população em situação de rua, o Ministério da Saúde estabeleceu em 2011 a criação de equipes de Consultório na Rua (CnaR). Essas equipes são multidisciplinares e trabalham de forma itinerante, atendendo a população in loco, estabelecendo vínculos de confiança e articulando a rede de serviços de saúde do município (BRASIL, 2012d). O CnaR é uma estratégia de saúde que passou a atuar em 2014 na cidade de Manaus visando a abordagem e atendimento integral á saúde das pessoas que vivem em situação de rua cujo principal objetivo é ampliar o acesso aos serviços da rede de saúde Perpassando o tripé: atenção básica, saúde mental e redução de danos.

Segundo Silva et al. (2014) as equipes de CnaR se constituem como uma estratégia para estabelecer elos de ligação entre o serviço de saúde e a população em situação de rua. Desta forma, esse é um trabalho que deve ser desenvolvido no próprio espaço de vida do sujeito, ou seja, a rua, buscando facilitar a conexão dos usuários e os serviços de saúde. Para o autor, as ações na rua devem ser focadas na redução de danos, ofertando o cuidado no território físico e simbólico de cada um.

É importante destacar que nem sempre o cuidado em saúde na rua é bem recebido por aqueles que dele necessitam. Desta forma a equipe CnaR precisa investir tempo e paciência na construção de um vinculo de confiança que permita a aproximação, a escuta e o cuidado, proporcionando àquele sujeito um olhar multidisciplinar, integral e respeitoso, principalmente no que tange à complexidade do ser e das questões que envolvem a saúde e a sua subjetividade (PALHETA, et al. 2019).

As especificidades que envolvem as pessoas em situação de rua e a alta vulnerabilidade em que vivem apontam para um preocupante panorama epidemiológico. Segundo dados estatísticos do Ministério da saúde (2012a) as doenças frequentes variam desde as mais simples, como problemas dermatológicos, às mais complexas. Os hábitos de vida influenciam no aparecimento e desenvolvimento das doenças e, o controle das mesmas muitas vezes é dificultado devido à má alimentação, inexistência e precariedade dos abrigamentos, bem como problemas no armazenamento das medicações e ingestão nos horários adequados.

No cenário de intensa migração indígena da Venezuela em que muitas pessoas ficaram em situação de rua e visto que não há uma política de migração que atenda e seja resolutiva às questões de imigração na cidade de Manaus, a equipe de CnaR foi responsável por estabelecer o cuidado em saúde para a população indígena venezuelana. A equipe atuou entre os anos de 2016 e 2017 no atendimento aos indígenas Warao e Estima-se que cerca de 500 indígenas que estavam vivendo em condições de extrema vulnerabilidade e insalubridade nas ruas de Manaus, foram atendidos e acompanhados pela equipe nesse período.

Na visão de Zimerman a presença dos haitianos no Brasil é interessante para compreender que existe uma falta de políticas públicas capazes de incluir imigrantes no Brasil, sobretudo em Estados com zonas fronteiriças que se tornou uma experiência caótica e o despreparo para lidar com o fenômeno da mobilidade humana.

> Na ausência de uma política migratória que oriente a construção de políticas públicas que inclua os imigrados, refugiados ou em trânsito nos contextos locais, o que se viu nas últimas décadas é a sociedade civil tentando dar repostas à demandas que deveriam ser atendidas pelo Estado. Tais respostas advêm de organizações não governamentais, muitas delas confessionais, como é o caso da Pastoral do Migrante, que assumiu o grande desafio de acolher os haitianos no Amazonas, seja inicialmente na fronteira (Tabatinga) e depois em Manaus. (Zimerman, 2019: 19)

Além disso, é possível identificar a xenofobia disfarçada de preocupação tanto por parte da sociedade quanto por parte de autoridades locais. Em Roraima há uma narrativa construída através de ações, onde se nota uma transferência de responsabilidade exclusiva aos venezuelanos dos diversos problemas observados no Estado de Roraima, muitos de causalidades estruturais e já observados muito antes mesmo da conjuntura migratória. (Milesi et al, 2018: 57).

Da mesma forma, no caso do Amazonas é perceptível que a sociedade também transfira o ônus dos problemas locais à presença dos imigrantes venezuelanos. É perceptível tanto através das falas das pessoas que trabalham nas políticas de atendimento quanto das pessoas comuns com quem nos deparamos no cotidiano de trabalho na rua.

Dessa forma, o trabalho exigiu uma nova roupagem da equipe, não apenas por que esta população é estrangeira, mas sobretudo, porque são indígenas, o que pressupõe um conhecimento diferenciado sobre ela, o que não cabe ao CNAR até porque trabalhar com indígena na realidade brasileira exige conhecimentos que muitos não estão preparados, quando se volta para a realidade de um outro país, a complexidade é ainda maior. É por isso que existe a necessidade de um antropólogo nas equipes de saúde que trabalham com a população indígena.

A equipe buscou então trabalhar de forma interdisciplinar e intersetorial para garantir um atendimento condizente com as demandas dos indígenas, embora a língua tenha sido um dos fatores que dificultaram as ações, também foi um desafio superado pela existência de alguns membros da equipe que falavam o espanhol, o que facilitou a interlocução com as lideranças indígenas.

O planejamento das ações girou em torno de atendimento às demandas de saúde referidas pelos próprios indígenas, uma vez que muitos já chegavam à cidade, adoecidos. A grande maioria chegava à cidade com problemas de pele. Foi necessário ainda que medidas de prevenção e proteção fossem tomadas, tais como vacinação e inquérito de tuberculose, visando não somente a saúde dos próprios indígenas, mas também a saúde dos manauaras.

Para a realização desse trabalho e para o sucesso das ações, foi importante antes de tudo, estabelecer uma articulação com os caciques ou lideranças indígenas de cada pequeno grupo, já que os mesmos poderiam ou não autorizar a aproximação da equipe e também a adesão ao tratamento. Para tanto a equipe CnaR necessitou de uma abordagem diferenciada, uma vez que a língua era um fator que dificultava a aproximação. Pode-se dizer, portanto, que a comunicação foi um fator chave para que o acesso aos pacientes fosse possível.

Para Coriolano-Marinus et al. (2014) o encontro entre os trabalhadores e os indivíduos pode ser comparado a um processo entre o cuidador e o ser cuidado, sendo desta forma fundamental que o profissional use todos os recursos para entender e interpretar os sinais emitidos pelo usuário, sabendo também que a sua história de vida, língua, valores, crenças,

cultura, a situação e o momento em que o processo comunicativo está acontecendo e as expectativas e as emoções dos interlocutores influenciarão essa comunicação.

Para Galina et al. (2017) quando se fala sobre saúde física e mental acerca de imigrantes, fala-se de suas necessidade particulares, dos abismos culturais, das desigualdades socioeconômicas e de poder, das políticas públicas dos países que acolhem e, principalmente, da possibilidade desses atores sociais serem protagonistas de sua história.

Após esse primeiro contato, a equipe CnaR pode então realizar o reconhecimento do território, o diagnóstico situacional, bem como iniciar os atendimentos. As principais queixas encontradas entre a população foram: varicela, problemas gastrointestinais e tuberculose. As mulheres grávidas também foram acompanhadas pela equipe e receberam todo o suporte no pré e pós-parto.

As principais morbidades encontradas entre a população Warao foram: Infecções das vias aéreas superiores (IVAS), com 117 casos, parasitose intestinal com 119 pessoas, desnutrição 177 casos em sua maioria, crianças, cefaleia, com 52 casos, pediculose, 66, dermatite, 32, micose também 32, anemia, 10, gripe 15 casos e gastroenterite, 66.

Além das ações curativas, com uso de medicações específicas e consultas médicas, outras linhas de atendimento também foram utilizadas, tais como: orientações acerca de DST's, imunização, boa práticas na preparação da alimentação, informações sobre redução de danos e articulação para a melhora da adesão aos tratamentos propostos. Paralelo a isso as consultas de enfermagem e psicossocial eram realizadas diariamente e complementadas com estudos de casos e interlocuções com outras instituições de apoio e suporte.

De forma geral é possível dizer que o trabalho realizado pela equipe CnaR de Manaus junto aos indígenas venezuelanos da etnia Warao resultou em ações bem sucedidas e exitosas, sobretudo com as crianças que estavam em situação de risco pessoal e social e foram adequadamente cuidadas e a saúde recuperada. Aqueles que permaneceram em acompanhamento e que aderiram aos tratamentos propostos tiveram melhora significativa em sua saúde.

Sabe-se, entretanto, que esta é apenas uma das complexas questões que envolvem essa população, muitas outras ficaram pelo meio do caminho para serem acolhidas e adequadamente direcionadas, contudo no que compete ao trabalho do CnaR, pode-se dizer que foi realizado de forma coletiva, integral e buscando a construção desse olhar e cuidado juntamente com essa população, atores fundamentais do processo de cuidado.

Apesar da experiência exitosa é importante refletir que a ausência de uma política séria de migração, acaba inflando as outras políticas que também devem dar conta das demandas, mesmo não estando preparadas para a complexidade exigida. Essa situação põe os profissionais envolvidos em uma situação de stress e sobrecarga de trabalho pois não estão preparados para lidar com demandas diferenciadas que tais demandas exigem,

como por exemplo, a comunicação em outras línguas inclusive, indígenas para as quais os profissionais não estão aptos a trabalhar, o que exigiu uma constante reinvenção do cuidado diante da diversidade apresentada pelos indígenas venezuelanos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversidade que atravessa a população venezuelana dos indígenas Warao é facilmente identificada ao primeiro contato. Eles chegam na cidade muito abatidos, muitos doentes, crianças com sobrepeso e desnutrição, os idosos debilitados da longa viagem e da fome que enfrentaram em seu país devastado.

Essa população carrega uma gama de situações que, ao chegar ao Brasil, se intensificam e se unem às questões sociais graves já existentes no país que as tornam ainda mais complexas. Essa diversidade una é levada ao extremo e políticas emergenciais são direcionadas a essa população que nem sempre são bem sucedidas, ainda que contem com a boa vontade, profissionalismo e esforço de um conjunto de profissionais e organizações sensíveis às suas causas.

É preciso que o Estado direcione e implemente políticas sérias, robustas e que deem conta da realidade para que os nossos próprios problemas sociais não sejam negligenciados e nossa população desprivilegiada pelas parcas políticas existentes. É necessário cuidar dos imigrantes e garantir os direitos e a preservação da vida através de políticas públicas implementadas e capazes de dar respostas sustentáveis para o problema da migração sem desconstruir as já existentes direcionadas à população local.

REFERÊNCIAS

ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas Para Refugiados. Dados sobre refúgio. 2017. Disponível em:<http://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>. Acesso em: 9. Abr. 2018

ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas Para Refugiados. Síria. 2018a. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/siria/>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ANGIOLETTI, J. K. Interseções jurídicas da mobilidade humana dos venezuelanos ao Brasil: entre o refúgio e a proteção complementar. Monografia (Bacharel em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas – UFSC. Florianópolis, 2017.

BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012d.

EMMI, M.F. Fluxos migratórios internacionais para a Amazônia brasileira do final do século xix ao início do século xx: o caso dos italianos. **PAPERS DO NAEA Nº 240, 2009.**

García-Castro y Heinen, 2000. “Las Cuatro Culturas Warao”. Publicado en: *Tierra Firme*. **Revista arbitrada de Historia y Ciencias Sociales**. Caracas: N° 71. Tercer trimestre (Julio-septiembre).

CORIOLANO-MARINUS, M; QUEIROGA, B; RUIZ-MORENO, L e LIMA, L. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

GALINA, V. F. et al. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 61, p. 297-308, jun. 2017.

GARCIA, A. Mendicidad indígena: Los Warao Urbanos. Boletín Antropológico Nº 48. Enero-Abril, 2000, ISSN: 1325-2610. Centro de Investigaciones Etnológicas - Museo Arqueológico - Universidad de Los Andes. Mérida.

LUGO, D. Economía indígena y estrategias de reproducción en el grupo indígena warao Cayapa. Revista Venezolana de Economía Social, vol. 7, núm. 13, enero-junio, 2007, pp. 59-75. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela

PALHETA, R. Pessoas em Situação de Rua: novas nomenclaturas X velhos estigmas. In: PALHETA, R; TARGINO, R e LIMA, J. (Sobre) Vivencias nas ruas de Manaus: histórias, condições de vida e políticas de saúde. CRV, Curitiba, 2019.

PALHETA, R; TARGINO, R; LIMA, J; CAUPER, H e XAUD, N. (Des) Construindo o cuidado em saúde: o consultório na rua de Manaus. In: PALHETA, R; TARGINO, R e LIMA, J. (Sobre) Vivencias nas ruas de Manaus: histórias, condições de vida e políticas de saúde. CRV, Curitiba, 2019.

SCHWINN, S. A.; COSTA, M. M. Migrações contemporâneas: o Brasil e as políticas públicas para migrantes - análise a partir do Projeto de Lei 288/2013. In: XI Seminário Nacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea e I Mostra Nacional de Trabalhos Científicos, 2015, Santa Cruz do Sul. Seminário Nacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2015.

Milesi, R, Coury, P, Rovery, J. Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual**. Revista do corpo discente do PPG –história da UFRGS,** 2018.

SILVA, F; FRAZAO, I; LINHARES, F.Praticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, 2014.

VELASCO, S. Imigração na União Europeia: uma leitura crítica a partir do nexo entre securitização, cidadania e identidade transnacional. Campina Grande: EDUEPB, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 abr. 2018.

Zimerman, A. et al. Desigualdade regional e as políticas públicas: Impacto dos fluxos imigratórios recentes no Brasil / Organizado por Artur Zimerman — Santo André, SP: Universidade Federal do ABC, 2017.

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia "*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of* Pachira aquatica *Aublet*". Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: "Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)" no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences, Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Editora Atena.

ÍNDICE REMISSIVO

A

C

D

E

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2021

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2021